





**The Royal College of Physicians of Thailand**

The 31<sup>st</sup> Annual Meeting of the Royal College of Physicians of Thailand

**"Medicine Beyond Frontiers Toward a Healthier AEC"**

and

**Takeda (Thailand), Ltd.**

*Cordially invite you to attend*

**TAKEDA Luncheon Symposium**

# **"Beyond Frontiers of CCB, Toward a Healthier Hypertensive Patients"**

**"Benefit of L/T type CCBs in Hypertensive patients with Renal impairment"**



**Moderator & Speaker :**

***Air Vice Marshal. Anutra Chittinandana***

Chief of Staff, Directorate of Medical Services, RTAF

**"The Pharmacological Differentiation among L/T and L type CCB"**



**Speaker :**

***Assoc.Prof. Chuthamanee Suthisisang***

Dean of Faculty of Pharmacy, Mahidol University

**Friday, March 27<sup>th</sup>, 2015 12:00-13:30**

**Lotus Suite 5-7 Room,**

**Centara Grand & Bangkok Convention Centre at CentralWorld**







# Joint TPAA-Chula International Medical Congress 2015



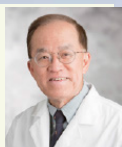
## Growing Old Graciously: Focused on Aging Population



Keynote Speaker

Prof. Nijasri Charnarong

TPAA Team and International guest speakers



Dr. Apichan Pootrakool



Dr. Marwan Sabbagh



Dr. Koonlawee Nademanee



Dr. Chris Malaisrie



Dr. Louis Probst



Dr. Paul T Hoff



Dr. Wanda Phipatanakul

## March 2-3, 2015

Venue: Chalm Prommas Room, First floor, Or Por Ror Building  
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Organized by Faculty of Medicine, Chulalongkorn University  
Thai Physicians Association of America

**Free  
Registration**

**Scientific Conference Center:** 1<sup>st</sup> Floor, Aor Por Ror Building, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University  
Rama 4 Road, Pathumwan, Bangkok 10330, THAILAND.

**Scientific Office:** Tel 02-256 4193 02-256 4566 Fax. 02-652 4203 [www.md.chula.ac.th/scc](http://www.md.chula.ac.th/scc)



แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์โดยทีมงานคุณภาพ

Website สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร  
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย ข้อมูลถึงมือท่านทันที ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา  
เพียงคลิกเข้ามาที่ [www.wongkarnpat.com](http://www.wongkarnpat.com) ได้ข้อมูลถูกใจทันที



# [www.wongkarnpat.com](http://www.wongkarnpat.com)



กด



Like

ได้ที่ [www.facebook.com/Wongkarnpat](http://www.facebook.com/Wongkarnpat)



สรพสาร

THE MEDICAL NEWS

# วงการแพทย์

## คณะที่ปรึกษาเกิดดับคักดี

ศ.นพ.มนตรี ตูจินดา ศ.ภิกษา นพ.พินิจ กุลละวณิชย  
ศ.กิตติคุณ นพ.ศุภวัฒน์ ชุตินวงศ์ ภก.ศ.ดร.สมพล ประคองพันธ์  
ศ.พญ.ชนิกา ตูจินดา ผศ.นพ.ดร.ประกอบ ผู้วิบูลย์สุข  
นพ.พงษ์ศักดิ์ วัฒนา ศ.นพ.นิพนธ์ พวงวรวิธ  
ผศ.นพ.วรวิทย์ จรรยาวิชัย รศ.พญ.พรทิพย์ ภูวบัณฑิตสิน  
ศ.พญ.ฉวีวรรณ บุญนา ศ.พญ.ศศิประภา บุญญพิสิฐ  
รศ.นพ.ปวน สุทธิพิณธรรม พล.อ.ต.นพ.บรรหาร กออันตกุล  
รศ.นพ.วิสูตร ฟองศิริบุญชัย รศ.นพ.วรัท ทรศณะวิภาส  
พล.ต.ท.นพ.จงเจตน์ อวเจนพงษ์

## กรรมการบริหาร

วณิ วิชิตกุล

## ผู้อำนวยการกลุ่มวงการแพทย์

สิริพร แสงเทียนฉาย

## ที่ปรึกษาของบรรณาธิการ

สาโรจน์ ทรัพย์สุนทร

## กองบรรณาธิการ

ปิยาภรณ์ เกตุมา, หทัยทิพย์ โพธิราช

## อาร์ตไดเรกเตอร์

สุกัญญา ธีรญาชะลิต

## แผนกดีไซน์

อาทิตย์ ศานต์พิริยะ, วิเชียร เอียดคง

## พิสูจน์อักษร

สุกัญญา นิธิพานิชเจริญ

## ประสานงานเตรียมผลิต

นิพนธ์ สอนสงกลิ่น

## งานสารสนเทศ

มณัญญา นาควิสัย

## งานโฆษณา

ภิญญาพัชร ธนกุลจิราทิพย์, พัชรินทร์ ภายหอม

ปิยะวรรณ หาปัญญา, กนกพร ขจรศักดิ์

## ช่างภาพ

เผ่าพันธ์ จงจิตต์, วรพล ชัตติโยธิน

บรรณาธิการผู้พิมพ์ผู้โฆษณา อิศรานนท์ ลิขิตพิสุทธิกุล

โทรศัพท์ติดต่อ 0-2435-2345 แฟกซ์ 0-2435-2345 ต่อ 181

สนใจสมัครสมาชิกได้ที่ 0-2435-2345 ต่อ 134, 123

เจ้าของ บริษัท สรรพสาร จำกัด 71/17 ถ.บรมราชชนนี  
แขวงอรุณอมรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

# มุมมองของผู้จัดการชาวต่างชาติ ต่อการทำแบบไทย

จากการสอบถามชาวต่างชาติซึ่งแต่ละคน  
มีประสบการณ์การทำงานในแวดวงคนไทยไม่ต่ำกว่า 10 ปี  
ว่าพวกเขามีความเห็นอย่างไรต่อการทำแบบไทย ๆ ก็พบ  
กับคำตอบที่น่าสนใจดังนี้

## 1. ทักษะการเปลี่ยนแปลง (เจฟฟรีย์ บาร์น)

คนไทยมักจะยึดติดกับความเคยชินแบบเดิม ๆ  
เคยทำมาอย่างไรก็จะทำอยู่อย่างนั้น ไม่ค่อยมีความคิดที่จะ  
เปลี่ยนแปลง และถ้าชาวต่างชาติมีวิธีใหม่ ๆ เข้ามาทำให้  
พวกเขาต้องทำอะไรที่ต่างไปจากเดิม มักจะไม่ค่อยได้รับความ  
ร่วมมืออย่างเต็มที่ หรือไม่ก็ถึงกับถูกต่อต้านก็มี

## 2. การโต้แย้ง (ทานากะ โรบิน (จูเนียร์) ฟุงฮาระ)

เมื่อมีการเจรจา คนไทยจะไม่กล้าโต้แย้ง ทั้ง ๆ  
ที่ตัวเองกำลังเสียเปรียบ ส่วนใหญ่มักจะปล่อยให้ฝ่ายเป็น  
คนคุมเกม บางคนบอกว่ามีนิสัยอย่างนี้เรียกว่า “ซึ้งเกรงใจ”  
แต่สำหรับชาวต่างชาติแล้ว นิสัยนี้จะทำให้คนไทยไม่ก้าวหน้า  
เท่าที่ควร

## 3. ไม่พูดสิ่งที่ควรพูด (ไมเคิล วิดพิลด์)

เอกลักษณ์อีกอย่างหนึ่งของคนไทยคือ มักจะ  
ไม่ค่อยกล้าบอกความคิดของตัวเองออกมา ทั้ง ๆ ที่คนไทย  
ก็มีความคิดที่ไม่แพ้ชาวต่างชาติเลย แต่มักจะเก็บความสามารไว้  
ไม่บอกออกมาให้เจ้านายได้รู้ และจะไม่กล้าตั้งคำถาม ไม่รู้ไม่  
เข้าใจก็ไม่ถาม บางครั้งชาวต่างชาติก็คิดว่าคนไทยรู้แล้วจึง  
ไม่บอก ทำให้ทำงานกันไม่คนละเป้าหมาย หรือทำงานไม่สำเร็จ

## 4. ความรับผิดชอบ (สเตฟานี จอห์นสัน)

4.1 ชาวต่างชาติมองว่าคนไทยมักไม่ค่อยกำหนด  
ระยะเวลาในการทำงานไว้ล่วงหน้า ทั้ง ๆ ที่งานบางชิ้นต้องทำให้  
เสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด ยิ่งงานไหนใช้เวลาใน  
การทำงานนานก็จะยิ่งทำให้ทำงานล่าช้า ๆ จะถึงกำหนดส่ง  
จึงทำงานออกมาแบบรีบ ๆ ไม่ได้ผลงานดีเท่าที่ควร

4.2 ไม่ค่อยยอมผูกพันและรับผิดชอบเป็น  
ลายลักษณ์อักษร ถ้าให้ลงชื่อรับผิดชอบงานที่ทำ คนไทยจะ  
กลัวขึ้นมาทันที เหมือนกับกลัวจะทำได้ หรือกลัวจะถูกหลอก

## 5. วิธีแก้ไขปัญห (ดร.มาเรีย โรเซนเบิร์ก)

คนไทยไม่ค่อยมีแผนการรองรับเวลาเกิดปัญหา  
แต่จะรอให้เกิดก่อนแล้วค่อยหาทางแก้ไปแบบเฉพาะหน้า  
หลายครั้งที่ชาวต่างชาติพบว่าคนไทยไม่รู้จะแก้ปัญหาก็  
เกิดขึ้นอย่างไร ต้องรอให้เจ้านายสั่งลงมาก่อนแล้วค่อยทำตาม  
เจ้านายไม่อยู่ ทุกคนก็จะประสาบเสียไปหมด ไม่รู้ว่าจะทำ  
อย่างไร

## 6. บอกแต่ข่าวดี (ไจนาธาน ฮอมท์สัน)

6.1 คนไทยจะไม่กล้าบอกผู้บังคับบัญชาชาว  
ต่างชาติเมื่อเกิดปัญหาขึ้น จนกระทั่งบานปลายไปจนเกินแก้ไข  
ได้จึงค่อยเข้ามาปรึกษา

6.2 จะเลือกบอกแต่สิ่งที่คิดว่าเจ้านายจะชอบ  
เช่น บอกแต่ข่าวดี ๆ แทนที่จะเล่าไปตามความจริง หรือถ้า  
หากเจ้านายถามว่า จะทำงานเสร็จทันเวลาไหม ก็จะบอกว่า  
ทัน (เพราะรู้ว่าเจ้านายอยากได้ยินแบบนี้) แต่ก็ไม่เคยทำทัน  
ตามเวลาที่รับปากเลย

## 7. คำว่า “ไม่เป็นไร” (เจนิส อิกนาไรท์)

เป็นคำพูดที่ติดปากคนไทยทุกคน ทำให้เวลา  
มีปัญหา ก็จะไม่ใคร่รับผิดชอบ และจะไม่ค่อยหาตัวคนทำผิด  
เพราะเกรงใจกัน แต่จะใช้คำว่า “ไม่เป็นไร” มาแก้ปัญหแทน

## 8. ทักษะในการทำงาน (เดวิด กิลเบิร์ต)

8.1 ไม่สามารถทำงานร่วมกันเป็นทีมได้ ถ้า  
ทำงานเป็นทีมมักมีปัญหาเรื่องการกินแรงกัน บางคนขยัน

แต่บางคนไม่ทำอะไรเลย บางครั้งก็มีการขัดแย้งกันเองในทีม  
หรือเกียจคร้านจนผลงานไม่ดีเท่าที่ควร

8.2 ไม่ค่อยมีทักษะในการทำงาน แม้จะผ่าน  
การศึกษาในระดับสูงมาแล้ว และไม่ค่อยใช้ความพยายามอย่าง  
เต็มที่เพื่อให้ได้ผลงานที่ดีที่สุด

8.3 พนักงานคนไทยที่รู้จักส่วนใหญ่ไม่ค่อยรู้จัก  
กระตือรือร้นที่จะเรียนรู้เรื่องราวความเคลื่อนไหวของโลก  
เท่าไรนัก และไม่คอยขอหาความรู้เพิ่มเติมแม้จะเป็นเรื่อง  
ที่เกี่ยวกับงานก็ตาม

## 9. ความซื่อสัตย์ (เยนิร์ก โอ ลิสต์)

พนักงานคนไทยควรจะมีคุณสมบัติซื่อสัตย์และ  
ตรงไปตรงมา ชอบโกหกในเรื่องเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น มาสาย  
ขาดงาน โดยอ้างว่าป่วย ออกไปพักผ่อนในเวลางาน เป็นต้น

## 10. ระบบพวกพ้อง (มาร์ค โอเลน อิว)

คนไทยมักจะนำเพื่อนฝูงมาเกี่ยวข้องกับธุรกิจ  
เสมอ ตัวอย่างเช่น การจัดซื้ออุปกรณ์ภายในสำนักงาน พวกเขา  
มักจะแนะนำเพื่อน ๆ มาก่อน โดยไม่คำนึงถึงผลประโยชน์  
ที่บริษัทควรจะได้รับ นี่เป็นประสบการณ์จริงที่ประสบมา  
การให้ความช่วยเหลือเพื่อนไม่ใช่เรื่องแปลก แต่การที่ไม่คำนึง  
ถึงผลประโยชน์ของบริษัทเลยเป็นอะไรที่แย่มาก และเมื่อพบว่า  
เพื่อนพนักงานด้วยกันทุจริต คนไทยก็จะช่วยกันปกป้องและ  
ทำให้ไม่รู้ไม่เห็นจนกว่าผู้บริหารจะตรวจสอบได้เอง

## 11. แยกไม่ออกระหว่างเรื่องงานและเรื่องส่วนตัว (วิลเลียม แมคคินสัน)

คนไทยมักจะไม่ว่างที่จะเป็นเรื่องงาน และอะไร  
ที่เรียกว่าเรื่องส่วนตัว มักนำทั้งสองเรื่องนี้มาปนกันจนทำให้  
ระบบการทำงานเสียไปหมด ซึ่งเป็นปัญหาใหญ่อย่างหนึ่งของ  
องค์กร

11.1 อยากรู้ทุกอย่างเห็น โดยเฉพาะเรื่องส่วนตัว  
ของเพื่อนร่วมงาน

11.2 มักจะคุยกันเรื่องส่วนตัวที่ไม่เกี่ยวกับงาน  
มากเกินไป บางครั้งทำให้นานปลายและนำไปสู่ข้อขัดแย้ง และ  
การนินทาภายในสำนักงาน

11.3 มักจะลาออกจากบริษัทโดยไม่ยอมแจ้ง  
ล่วงหน้าตามข้อตกลง แต่กลับคาดหวังว่าจะได้รับผลประโยชน์  
เต็มที่

11.4 ไม่ยอมรับความรับผิดชอบที่มีมากขึ้น  
ในช่วงวิกฤติ

11.5 ต้องการเงินมากขึ้น แต่กลับไม่ค่อย  
สร้างคุณค่างานอะไรเพิ่มขึ้นเลย

## 12. นิสัยระบอบอาวุโส (เนลสัน ฟอร์ด)

คนไทยให้เกียรติคนที่อายุมากกว่ามากเกินไป  
จนไม่กล้าทำอะไรที่เรียกว่าเป็นการข้ามหน้าข้ามตา บางครั้ง  
คนที่อายุน้อยกว่าอาจจะมีความคิดและความสามารถมากกว่า  
แต่ก็ไม่กล้าแสดงออกเพราะเกรงใจคนที่อายุมาก เป็นการ  
ทำลายโอกาสของตัวเอง และโอกาสของบริษัท

ทั้งหมดนี้คือมุมมองของชาวต่างชาติที่มีต่อ  
การทำงานแบบไทย ๆ ที่เราควรพิจารณาและหาทางแก้ไข  
การปรับเปลี่ยนมุมมอง วิธีคิด และกระบวนทัศน์ในการทำงาน  
เพื่อให้องค์กรและบุคลากรมีผลงานที่มีประสิทธิภาพ นำไปสู่  
เป้าหมายสูงสุดขององค์กร

สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

ศ.นพ.สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

# Contents

The Medical News ฉบับที่ 431 วันที่ 1 - 15 กุมภาพันธ์ 2558



## 3 โลกกว้างทางแพทย์

- การอยู่รอดโดยรวมในมะเร็ง Melanoma จากการรักษาด้วย Dabrafenib ร่วมกับ Trametinib
- ระดับน้ำตาลและความเสี่ยงมะเร็งตับอ่อน
- อัตราตายระยะยาวหลังรักษาเบาหวานชนิดที่ 1 เข้มงวด 7 ปี

## 8 ข่าวสารการแพทย์

- สธ. เร่งขยาย “ร.พ.คุณธรรม” ทั่วประเทศ  
สร้างบรรทัดฐานสังคม เป็นผู้ให้บริการด้วยความรู้คู่คุณธรรม
- สธ. เตรียมออกประกาศควบคุมการรักษาเสริมเซลล์  
คุ้มครองประชาชน ไม่ตกเป็นเหยื่อโฆษณา

## 9 Movement

## 10 รายงานพิเศษ

ทาเคดา จัด “Takeda Annual Certification 2014”  
สอบวัดระดับผู้แทนฝ่ายขายและการตลาด  
มุ่งพัฒนาความรู้ ร่วมขับเคลื่อนองค์กรอย่างยั่งยืน

## 12 รายงานพิเศษ

งานแสดงภาพถ่าย Skin Impressions  
ในผู้ที่เป็โรคลมพิษเรื้อรังที่เกิดขึ้นเองและโรคสะเก็ดเงิน

## 13 In Focus

“ฆ่าตัวตาย”  
ปัญหาที่มีทางออก

## 16 รายงานพิเศษ

GSK จัดกิจกรรม Pushing the Human Limits  
สร้างแรงบันดาลใจขยายขีดความสามารถของคนไทย  
ผ่านการเรียนรู้ทางวิทยาศาสตร์กับ NASA

## 17 Special

นพ.สมัย ศิริทองถาวร  
การทำความดีอยู่ที่จุดไหนของสังคมย่อมทำได้

## 20 เลี้ยวหนึ่งของชีวิต

การตีกอล์ฟของผม

## 21 Get Up

- เตือนวิกฤติโรคมะเร็งสทราซอาณาจักร
- กัดต้นสเปนปรับปรุงรักษาตับอักเสบซี
- จีนส่งแพทย์กองหนุนสู้อิโบล่า

## 23 หลากสีสัน

ภาษาจีน

## 25 เสี่ยงแพทย์

มองอนาคตมาตรฐานการแพทย์ไทยด้วยความห่วงใย (ตอนที่ 4)  
ความขัดแย้งระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกัน  
สุขภาพแห่งชาติ

## 27 วัสดุและอุปกรณ์การแพทย์

การดัดเนื้อเยื่อทันทันต่อเลือดสำหรับงานศัลยกรรม (ตอนที่ 1)

## 29 จุฬาปริทัศน์

ภาวะโลหิตจางกับการตั้งครรภ์

## 32 Systematic Review

น้ำผึ้งช่วยลดอาการไอในเด็ก

## 33 เฉพาะโรค

ภาวะต่อมไทรอยด์เป็นพิษวิกฤติ (Thyroid Crisis)

## 37 มุมนิติเวช

แพทย์ไม่ได้ตรวจผู้ป่วยทางคดี: ทำอย่างไรเมื่อเจ้าพนักงาน  
ขอรายงาน (รายงานผู้ป่วย 1 ราย)

## 41 R2R

การพัฒนาการถ่ายภาพเอกซเรย์ shoulder ผู้ป่วยอุบัติเหตุ  
ป้องกันการบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้าย

## 42 เกาะติดงานประชุม

ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ศิริราช  
จัดประชุมวิชาการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพฯ  
ในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน พ.ศ. 2558

## 43 ข่าวบริการ

## 45 ภาพข่าว

CME PLUS โรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infections)

โรคติดเชื้อสา Cryptococcus (Cryptococcosis)





## การอยู่รอดโดยรวมในมะเร็ง Melanoma จากการรักษาด้วย Dabrafenib ร่วมกับ Trametinib

N Engl J Med 2015;372:30-39.

บทความเรื่อง Improved Overall Survival in Melanoma with Combined Dabrafenib and Trametinib รายงานว่า vemurafenib และ dabrafenib ซึ่งเป็น BRAF inhibitors มีประสิทธิภาพในการรักษาแบบ monotherapy ในผู้ป่วย metastatic melanoma ซึ่งมี mutation ของ BRAF V600E หรือ V600K mutation และไม่เคยรักษามาก่อน และการรักษาด้วย dabrafenib ร่วมกับ trametinib ซึ่งเป็น MEK inhibitor สามารถเพิ่มการดำรงชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้เมื่อเทียบกับการรักษาด้วย dabrafenib อย่างเดียว

นักวิจัยสุ่มให้ผู้ป่วย metastatic melanoma 704 คน ซึ่งมี BRAF V600 mutation ได้รับการรักษาด้วย dabrafenib (150 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง) และ trametinib (2 มิลลิกรัม วันละครั้ง) หรือ vemurafenib (960 มิลลิกรัม วันละ 2 ครั้ง) แบบยารับประทานโดยให้เป็น first-line therapy และจุดยุติปฐมภูมิ ได้แก่ การอยู่รอดโดยรวม

จากการวิเคราะห์การอยู่รอดโดยรวมหลังเกิดเหตุการณ์ร้อยละ 77 จากจำนวนที่คาดการณ์ไว้พบว่า อัตราการอยู่รอดโดยรวมที่ 12 เดือนเท่ากับ 72% (95% confidence interval [CI] 67-77) ในกลุ่ม combination therapy และ 65% (95% CI 59-70) ในกลุ่มที่ได้รับ

vemurafenib (hazard ratio สำหรับการเสียชีวิตในกลุ่ม combination-therapy group เท่ากับ 0.69; 95% CI 0.53-0.89; p = 0.005) การศึกษาชุดก่อนกำหนดด้วยเหตุผลด้านประสิทธิภาพในเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2014 มัธยมศึกษาการอยู่รอดโดยโรคสงบเท่ากับ 11.4 เดือนในกลุ่ม combination therapy และ 7.3 เดือนในกลุ่มที่ได้รับ vemurafenib (hazard ratio 0.56; 95% CI 0.46-0.69; p < 0.001) อัตรา objective response rate เท่ากับ 64% ในกลุ่ม combination therapy และ 51% ในกลุ่มที่ได้รับ vemurafenib (p < 0.001) อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรงและการหยุดยาที่ศึกษาอยู่ในระดับใกล้เคียงกันระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยพบ cutaneous squamous-cell carcinoma และ keratoacanthoma เกิดขึ้นใน 1% ของผู้ป่วยในกลุ่ม combination therapy และ 18% ในกลุ่มที่ได้รับ vemurafenib

การรักษาด้วย dabrafenib ร่วมกับ trametinib เพิ่มการอยู่รอดโดยรวมได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการรักษาด้วย vemurafenib อย่างเดียวในผู้ป่วย metastatic melanoma ซึ่งมี mutation ของ BRAF V600E หรือ V600K และไม่เคยได้รับการรักษามาก่อนโดยไม่ทำให้ความเป็นพิษโดยรวมสูงขึ้น

## β-Lactam และ β-Lactam-Macrolide Combination ในปอดอักเสบชุมชนรุนแรงปานกลาง

JAMA Intern Med. 2014;174(12):1894-1901.

บทความเรื่อง β-Lactam Monotherapy vs β-Lactam-Macrolide Combination Treatment in Moderately Severe Community-Acquired Pneumonia: A Randomized Noninferiority Trial รายงานว่า ประโยชน์ทางคลินิกของการให้ macrolide ร่วมกับ β-lactam ในการรักษาปอดอักเสบชุมชนรุนแรงปานกลางยังคงเป็นที่ถกเถียงกัน ซึ่งในการศึกษานี้ นักวิจัยได้ศึกษาความไม่ด้อยกว่าของการรักษาด้วย β-lactam อย่างเดียวเทียบกับ β-lactam ร่วมกับ macrolide ในปอดอักเสบชุมชนรุนแรงปานกลาง

การศึกษามีขึ้นระหว่างวันที่ 13 มกราคม ค.ศ. 2009 ถึงวันที่ 31 มกราคม ค.ศ. 2013 โดยศึกษาจากผู้ใหญ่ 580 คน ซึ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 6 แห่งในสวีเดนและแลนด์เนื่องจากปอดอักเสบชุมชนรุนแรงปานกลาง และติดตามสูงสุด 90 วัน ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย β-lactam ร่วมกับ macrolide (combination arm) หรือ β-lactam alone (monotherapy arm) โดยได้ตรวจการติดเชื้อ Legionella pneumophila และรักษาด้วย macrolide ใน monotherapy arm ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ สัดส่วนของผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการไม่ดีขึ้น (heart rate < 100/min, systolic blood pressure > 90 mmHg, temperature < 38.0 °C, respiratory rate < 24/min และ oxygen saturation > 90% on room air) ในวันที่ 7

ที่ 7 วันหลังการรักษาพบผู้ป่วยที่อาการไม่ดีขึ้น 120 คน

จาก 291 คน (41.2%) ใน monotherapy arm เทียบกับ 97 คนจาก 289 คน (33.6%) ใน combination arm (7.6% difference, p = 0.07) ขีดจำกัดบนของ 1-sided 90% CI

เท่ากับ 13.0% ซึ่งสูงกว่า predefined noninferiority boundary ที่เท่ากับ 8% ผู้ป่วยที่ติดเชื้อ atypical pathogens (hazard ratio [HR] 0.33; 95% CI 0.13-0.85) หรือ Pneumonia Severity Index (PSI) category IV pneumonia (HR 0.81; 95% CI 0.59-1.10) มีแนวโน้มที่อาการจะดีขึ้นน้อยกว่าจากการรักษาด้วยยาตัวเดียว ขณะที่ผู้ป่วยซึ่งไม่ติดเชื้อ atypical pathogens (HR 0.99; 95% CI 0.80-1.22) หรือ PSI category I to III pneumonia (HR 1.06; 95% CI 0.82-1.36) มีผลลัพธ์ไม่ต่างกันในทุก 2 arms อัตราการรับเข้ารักษาซ้ำใน 30 วันสูงกว่าใน monotherapy arm (7.9% vs 3.1%, p = 0.01) แต่อัตราตาย การรับเข้ารักษาในหน่วยวิกฤติภาวะแทรกซ้อน ระยะการรักษาในโรงพยาบาล และการเป็นซ้ำของปอดอักเสบใน 90 วันไม่ต่างกันระหว่างทั้ง 2 arms

ข้อมูลจากการศึกษาไม่พบความไม่ด้อยกว่าของการรักษาด้วย β-lactam อย่างเดียวในผู้ป่วยซึ่งรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากปอดอักเสบชุมชนที่มีอาการรุนแรงปานกลาง และผู้ป่วยที่ติดเชื้อ atypical pathogens หรือ PSI category IV pneumonia มีอาการดีขึ้นซ้ำจากการรักษาแบบ monotherapy



# การอยู่รอดโดยปราศจากโรคหลัง CME ในมะเร็งลำไส้ใหญ่

The Lancet. Published Online: 30 December 2014.

บทความเรื่อง Disease-free Survival after Complete Mesocolic Excision Compared with Conventional Colon Cancer Surgery: A Retrospective, Population-Based Study รายงานว่า การนำหลัก mesorectal excision มาใช้ในมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการทำ complete mesocolic excision (CME) ได้รับการเสนอว่าช่วยให้ผลลัพธ์ด้านมะเร็งวิทยาดีขึ้น นักวิจัยจึงศึกษาว่าการทำ CME เพิ่มการอยู่รอดโดยปราศจากโรคหรือไม่เมื่อเทียบกับการตัดลำไส้ตามมาตรฐาน

การศึกษาใช้ข้อมูลจากผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ซึ่งเป็น adenocarcinomas ใน stage I-III ตาม Union for International Cancer Control (UICC) ในเดนมาร์กระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ค.ศ. 2008 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2011 ผู้ป่วยกลุ่ม CME ประกอบด้วยผู้ป่วยที่ผ่าตัด CME ในโรงพยาบาลที่รองรับได้ และกลุ่มควบคุมประกอบด้วยผู้ป่วยที่รักษาด้วยการตัดลำไส้ใหญ่ยังโรงพยาบาลอื่น ข้อมูลในการศึกษาได้จากฐานข้อมูล Danish Colorectal Cancer Group (DCCG) และรายงานทางการแพทย์ นักวิจัยได้คัดผู้ป่วยออกจากการศึกษากรณีเป็น stage IV, metachronous colorectal cancer, rectal cancer ( $\leq 15$  cm from anal verge) โดยไม่พบ synchronous colon adenocarcinoma, มีก้อนของไส้ติ่ง หรือ R2 resections ข้อมูลการอยู่รอดเก็บเมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน ค.ศ. 2014 จากฐานข้อมูล DCCG ซึ่งปรับปรุงเป็นระยะโดย National Central Office of Civil Registration

กลุ่ม CME มีผู้ป่วย 364 คน และกลุ่ม non-CME มีผู้ป่วย 1,031 คน สำหรับผู้ป่วยทั้งหมดพบว่า การอยู่รอดโดยปราศจากโรคที่ 4 ปีเท่ากับ 85.8% (95% CI 81.4-90.1) หลังผ่าตัด CME และ 75.9% (72.2-79.7) หลังการผ่าตัดมาตรฐาน (log-rank  $p = 0.0010$ )

การอยู่รอดโดยปราศจากโรคที่ 4 ปีสำหรับผู้ป่วย UICC stage I ในกลุ่ม CME เท่ากับ 100% เทียบกับ 89.8% (83.1-96.6) ในกลุ่มผ่าตัดมาตรฐาน (log-rank  $p = 0.046$ ) สำหรับผู้ป่วย UICC stage II พบว่า การอยู่รอดโดยปราศจากโรคที่ 4 ปีเท่ากับ 91.9% (95% CI 87.2-96.6) ในกลุ่ม CME เทียบกับ 77.9% (71.6-84.1) ในกลุ่มผ่าตัดมาตรฐาน (log-rank  $p = 0.0033$ ) และสำหรับผู้ป่วย UICC stage III เท่ากับ 73.5% (63.6-83.5) ในกลุ่ม CME เทียบกับ 67.5% (61.8-73.2) ในกลุ่มผ่าตัดมาตรฐาน (log-rank  $p = 0.13$ ) จากตัวแบบ multivariable Cox regression พบว่า การผ่าตัด CME เป็นปัจจัยพยากรณ์อิสระที่มีนัยสำคัญต่อการอยู่รอดโดยปราศจากโรคที่สูงกว่าสำหรับผู้ป่วยทั้งหมด (hazard ratio 0.59, 95% CI 0.42-0.83) และสำหรับผู้ป่วย UICC stage II (0.44, 0.23-0.86) และ stage III (0.64, 0.42-1.00) ภายหลังการจับคู่โดยใช้ propensity score พบว่า การอยู่รอดโดยปราศจากโรคสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญหลังผ่าตัด CME โดยไม่แตกต่างตาม UICC โดยมีอัตราการอยู่รอดโดยปราศจากโรคที่ 4 ปีเท่ากับ 85.8% (95% CI 81.4-90.1) หลังผ่าตัด CME และ 73.4% (66.2-80.6) หลังการผ่าตัดมาตรฐาน (log-rank  $p = 0.0014$ )

ข้อมูลจากการศึกษาชี้ว่า การผ่าตัด CME สัมพันธ์กับการอยู่รอดโดยปราศจากโรคที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับการตัดลำไส้ใหญ่สำหรับผู้ป่วย colon adenocarcinoma ตั้งแต่ stage I-III ซึ่งการนำ CME มาใช้อาจช่วยให้ได้ผลลัพธ์ดีขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่



## ระดับน้ำตาลและความเสี่ยงมะเร็งตับอ่อน

BMJ 2015;349:g7371.

บทความเรื่อง Blood Glucose Concentration and Risk of Pancreatic Cancer: Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis รายงานผลจากการวิเคราะห์ meta-analysis เพื่อประเมินความสัมพันธ์ตามขนาดทั้งแบบเชิงเส้นและไม่เป็นเชิงเส้นระหว่างระดับน้ำตาลในเลือดและความเสี่ยงมะเร็งตับอ่อน

ข้อมูลจากการศึกษาแบบ prospective studies ที่นำมาวิเคราะห์ได้จากฐานข้อมูล PubMed, Scopus และการศึกษาทบทวนที่เกี่ยวข้องก่อนวันที่ 30 พฤศจิกายน ค.ศ. 2013 โดยไม่มีข้อจำกัดด้านภาษา และได้คัดการศึกษาแบบ retrospective และ cross sectional studies ออกเพื่อหลีกเลี่ยงความสัมพันธ์แบบกลับ

คุณภาพการศึกษาที่นำมาวิเคราะห์ประเมินด้วย Newcastle-Ottawa scale และวิเคราะห์ random effects dose-response meta-analysis เพื่อประเมินความสัมพันธ์ตามขนาดทั้งแบบเชิงเส้นและไม่เป็นเชิงเส้น

การศึกษาที่รวบรวมไว้ในการวิเคราะห์มีจำนวน 9 โครงการ

รวมผู้ป่วยมะเร็งตับอ่อน 2,408 คน โดยพบความสัมพันธ์ตามขนาดแบบเชิงเส้นที่ชัดเจนระหว่างระดับน้ำตาลขณะอดอาหารและอัตราของโรคมะเร็งตับอ่อนในผู้ป่วยที่เป็นภาวะก่อนโรคเบาหวานและโรคเบาหวาน แต่ไม่พบความสัมพันธ์แบบไม่เป็นเชิงเส้น อัตรา rate ratio รวมของมะเร็งตับอ่อนต่อการเพิ่มขึ้น 0.56 mmol/L (10 mg/dL) ของระดับน้ำตาลขณะอดอาหารเท่ากับ 1.14 (95% confidence interval 1.06-1.22;  $p < 0.001$ ) โดยไม่พบ heterogeneity ที่มีนัยสำคัญ ซึ่งผลลัพธ์สอดคล้องกับการวิเคราะห์ความไวโดยตัดระดับน้ำตาลในเลือดในระดับของโรคเบาหวาน (pooled rate ratio ต่อการเพิ่มขึ้น 0.56 mmol/L ของระดับน้ำตาลขณะอดอาหารเท่ากับ 1.15, 95% confidence interval 1.05-1.27;  $p = 0.003$ ) และสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างภาวะก่อนเบาหวานและโรคมะเร็งตับอ่อน

การเพิ่มขึ้นทุก 0.56 mmol/L ของระดับน้ำตาลขณะอดอาหารสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้น 14% ด้านอัตราของโรคมะเร็งตับอ่อน และจากการที่ภาวะก่อนเบาหวานสามารถฟื้นฟูหรือรักษาได้ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตนั้นก็สะท้อนว่า การตรวจภาวะก่อนเบาหวานโดยเร็วร่วมกับการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอาจเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการรับมือกับอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งตับอ่อนที่กำลังเพิ่มขึ้น



## อัตราตายระยะยาวหลังรักษาเบาหวานชนิดที่ 1 เข้มงวด 7 ปี



JAMA. 2015;313(1):45-53.

บทความเรื่อง Association between 7 Years of Intensive Treatment of Type 1 Diabetes and Long-term Mortality รายงานว่า ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการ

ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มงวดต่ออัตราตายในโรคเบาหวานชนิดที่ 1 นักวิจัยจึงได้ศึกษาความแตกต่างด้านอัตราตายระหว่างการควบคุมน้ำตาลอย่างเข้มงวดและการรักษามาตรฐานจากการติดตามระยะยาวในผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษา Diabetes Control and Complications Trial (DCCT)

หลังสิ้นสุดการศึกษา DCCT (ค.ศ. 1983-1993) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการติดตามต่อในการศึกษา Epidemiology of Diabetes Control and Complications (EDIC) จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2012 โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัคร 1,441 คนซึ่งมีสุขภาพแข็งแรงและเป็นโรคเบาหวานมีอายุระหว่าง 13-39 ปีที่พื้นฐาน และเป็นโรคเบาหวานมาแล้ว 1-15 ปีโดยไม่เคยมีหรือเริ่มมีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก และไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีโรคหัวใจและหลอดเลือดและโรคอื่นซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต

ระหว่างช่วงการศึกษากลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่มเป็นกลุ่มรักษาอย่างเข้มงวด (n = 711) ซึ่งมีเป้าหมายลดระดับน้ำตาลให้ใกล้เคียงปกติ

มากที่สุดเท่าที่ยังปลอดภัยหรือกลุ่มรักษามาตรฐาน (n = 730) ซึ่งมีเป้าหมายหลีกเลี่ยงการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและน้ำตาลในเลือดสูง เมื่อสิ้นสุดการศึกษา DCCT หรือเฉลี่ยหลัง 6.5 ปี ผู้ป่วยทั้งหมดได้รับคำแนะนำให้ควบคุมระดับน้ำตาลอย่างเข้มงวด ทั้งนี้อัตราตายรวมและอัตราตายจำเพาะโรคประเมินจากการติดต่อกับครอบครัวและเพื่อนเป็นรายปี และประวัติตลอดการติดตามเฉลี่ย 27 ปี

ผู้ป่วยที่ยังคงมีชีวิตอยู่มีจำนวน 1,429 คน (99.2%) โดยพบผู้เสียชีวิต 107 ราย ซึ่ง 64 รายเป็นกลุ่มรักษามาตรฐาน และ 43 รายเป็นกลุ่มรักษาอย่างเข้มงวด ค่า absolute risk difference เท่ากับ -109 per 100,000 patient-years (95% CI -218 to -1) โดยมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุต่ำกว่าในกลุ่มควบคุมน้ำตาลเข้มงวด (hazard ratio [HR] 0.67 [95% CI 0.46-0.99]; p = 0.045) สาเหตุหลักของการเสียชีวิต ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (24 ราย; 22.4%), มะเร็ง (21 ราย; 19.6%), ภาวะแทรกซ้อนฉับพลันจากโรคเบาหวาน (19 ราย; 17.8%) และอุบัติเหตุหรือฆ่าตัวตาย (18 ราย; 16.8%) ระดับ HbA1c ที่สูงกว่าสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ (HR 1.56 [95% CI 1.35-1.81 per 10% relative increase in HbA1c]; p < 0.001) และการเกิด albuminuria (HR 2.20 [95% CI 1.46-3.31]; p < 0.001)

หลังจากการติดตาม 27 ปีในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 พบว่าการควบคุมโรคเบาหวานอย่างเข้มงวดเป็นเวลา 6.5 ปี สัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุที่ต่ำลงเมื่อเปรียบเทียบกับการรักษามาตรฐาน

## ประสิทธิภาพและความปลอดภัยลดคอเลสเตอรอล LDL ในชายและหญิง

The Lancet. Published Online: 8 January 2015.

บทความเรื่อง Efficacy and Safety of LDL-Lowering Therapy among Men and Women: Meta-analysis of Individual Data from 174,000 Participants in 27 Randomised Trials รายงานว่า ความแตกต่างด้านประสิทธิภาพการรักษาด้วย statin ในผู้ชายและผู้หญิงยังคงเป็นที่ถกเถียงกัน โดยเฉพาะในการใช้เพื่อเป็น primary prevention นักวิจัยจึงดำเนินการศึกษา meta-analysis จากการศึกษารวมของ statin ในฐานข้อมูล Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการรักษาด้วย statin ระหว่างผู้ชายและผู้หญิง

ข้อมูลในการวิเคราะห์ได้จากการศึกษา 22 โครงการซึ่งเปรียบเทียบ statin กับกลุ่มควบคุม (n = 134,537) และการศึกษา 5 โครงการซึ่งเปรียบเทียบระหว่างการรักษาด้วย statin ที่เข้มงวดมากกว่าและเข้มงวดน้อยกว่า (n = 39,612) ผลลัพธ์ต่อการเกิดเหตุการณ์ของหลอดเลือดที่รุนแรง, เหตุการณ์ของหลอดเลือดหัวใจที่รุนแรง, สโตรค, การเปิดหลอดเลือดหัวใจและการเสียชีวิตได้ถ่วงน้ำหนักต่อการลดลง 1.0 mmol/L ของคอเลสเตอรอล LDL และผลลัพธ์ในผู้ชายและผู้หญิงเทียบกับตัวแบบ Cox model ซึ่งปรับสำหรับความแตกต่างนอกเหนือจากเพศ สำหรับการวิเคราะห์กลุ่มย่อยได้ใช้ 99% CIs เพื่อความหลากหลายของการเปรียบเทียบ

ผู้ป่วย 46,675 คนจาก 174,149 คน (27%) เป็นผู้หญิง การได้รับ statin มี absolute effects ต่อระดับไขมันที่ 1 ปีใกล้เคียงกันระหว่างผู้ชายและผู้หญิง (LDL cholesterol ลดลงประมาณ 1.1 mmol/L ในกลุ่มที่ได้รับ statin vs กลุ่มควบคุม และประมาณ 0.5 mmol/L สำหรับกลุ่มที่รักษา

เข้มงวดมากกว่า vs กลุ่มเข้มงวดน้อยกว่า)

โดยทั่วไปพบว่าผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำกว่าผู้ชาย

อัตรา proportional reductions ต่อการลดลง 1.0 mmol/L ของ LDL cholesterol ในเหตุการณ์ของโรคหลอดเลือดที่รุนแรง โดยรวมใกล้เคียงกันสำหรับผู้หญิง (rate ratio [RR] 0.84, 99% CI 0.78-0.91) และผู้ชาย (RR

0.78, 99% CI 0.75-0.81, adjusted p value for heterogeneity by sex = 0.33) และสำหรับผู้หญิงและผู้ชาย

ที่มี absolute cardiovascular risk ที่ 5 ปีต่ำกว่า 10% (adjusted heterogeneity p = 0.11) นอกจากนี้การลดลงด้านเหตุการณ์ของโรคหลอดเลือดหัวใจที่รุนแรง การเปิดหลอดเลือดหัวใจ และสโตรคก็ไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างผู้หญิงและผู้ชาย และไม่พบผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ต่ออัตราอุบัติการณ์ของโรคเมอเร็งหรือการเสียชีวิตจากสาเหตุอื่นนอกเหนือจากโรคหัวใจและหลอดเลือดในทั้งสองเพศ ซึ่งประโยชน์ข้อนี้ส่งผลต่อการลดลงของอัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุในทั้งผู้หญิง (RR 0.91, 99% CI 0.84-0.99) และผู้ชาย (RR 0.90, 99% CI 0.86-0.95; adjusted heterogeneity p = 0.43)

การรักษาด้วย statin มีประสิทธิภาพในการป้องกันเหตุการณ์ของโรคหลอดเลือดที่รุนแรงใกล้เคียงกันในผู้ชายและผู้หญิงที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดใกล้เคียงกัน



## ผ่าตัดลดความอ้วนและการอยู่รอดระยะยาว

JAMA. 2015;313(1):62-70.

บทความเรื่อง Association between Bariatric Surgery and Long-term Survival รายงานว่า หลักฐานจากการศึกษาที่ผ่านมาชี้ให้เห็นประโยชน์ของการผ่าตัดลดความอ้วนต่อการเพิ่มการอยู่รอดในผู้ป่วยโรคอ้วนรุนแรง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในผู้สูงอายุยังไม่พบหลักฐานที่ชี้ว่ามีประโยชน์ นักวิจัยจึงได้ศึกษาการอยู่รอดระยะยาวในผู้ป่วยกลุ่มใหญ่ที่ผ่าตัดลดความอ้วนเทียบกับกลุ่มควบคุม

การศึกษามีรูปแบบเป็น retrospective cohort study ในผู้ป่วย 2,500 คน (ผู้ชาย 74%) ซึ่งผ่าตัดลดความอ้วนระหว่างปี ค.ศ. 2000-2011 และกลุ่มควบคุม 7,462 คน โดยจำแนกตามอายุ เพศ ภูมิภาค ดัชนีมวลกาย โรคเบาหวาน และ Diagnostic Cost Group การอยู่รอดได้เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยผ่าตัดลดความอ้วนเทียบกับกลุ่มควบคุมด้วย Kaplan-Meier estimators และ Cox regression analyses แบ่งชั้นภูมิที่ปรับแล้ว การผ่าตัดลดความอ้วนประกอบด้วย gastric bypass (74%), sleeve gastrectomy (15%), adjustable gastric banding (10%) และการผ่าตัดอื่น (1%) มาตราวัดผลลัพธ์หลัก ได้แก่ อัตราตายทุกสาเหตุจนถึงเดือนธันวาคม ค.ศ. 2013

ผู้ป่วยผ่าตัดลดความอ้วน (n = 2,500) มีอายุเฉลี่ย 52 ปี และดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 47 กลุ่มควบคุม (n = 7,462) มีอายุเฉลี่ย 52.3 ปี และดัชนีมวลกายเฉลี่ยเท่ากับ 46 เมื่อสิ้นสุดระยะการศึกษาที่ 14 ปี พบผู้ป่วยเสียชีวิต 263 รายในกลุ่มผ่าตัดลดความอ้วน (ติดตามเฉลี่ย 6.9 ปี)

และ 1,277 รายในกลุ่มควบคุม (ติดตามเฉลี่ย 6.6 ปี) อัตราตาย Kaplan-Meier estimated mortality rates เท่ากับ 2.4% ที่ 1 ปี, 6.4% ที่ 5 ปี และ 13.8% ที่ 10 ปีสำหรับกลุ่มผ่าตัดลดความอ้วน และสำหรับกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1.7% ที่ 1 ปี, 10.4% ที่ 5 ปี และ 23.9% ที่ 10 ปี การวิเคราะห์ที่ปรับแล้วไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญระหว่างการผ่าตัดลดความอ้วนและอัตราตายทุกสาเหตุในปีแรกของการติดตาม (adjusted hazard ratio [HR] 1.28 [95% CI 0.98-1.68]) แต่พบอัตราตายที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญหลัง 1-5 ปี (HR 0.45 [95% CI 0.36-0.56]) และ 5-14 ปี (HR 0.47 [95% CI 0.39-0.58]) ความสัมพันธ์ระยะกลาง (> 1-5 ปี) และระยะยาว (> 5 ปี) ระหว่างการผ่าตัดและการอยู่รอดไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มย่อยซึ่งจำแนกตามโรคเบาหวาน เพศ และระยะเวลาการผ่าตัด

ข้อมูลจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนี้ชี้ว่า ผู้ป่วยที่ผ่าตัดลดความอ้วนเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมแล้วมีอัตราตายจากทุกสาเหตุต่ำกว่าที่ 5 ปี และถึง 10 ปีหลังการผ่าตัด ผลลัพธ์นี้เป็นหลักฐานอีกชิ้นหนึ่งที่สนับสนุนความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างการผ่าตัดและการอยู่รอด ซึ่งก่อนหน้านี้พบในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่าและส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง



## บริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานในผู้ป่วยอุ้งเชิงกรานหย่อนไม่รุนแรง

BMJ 2014;349:g7378.

บทความเรื่อง Effect of Pelvic Floor Muscle Training Compared with Watchful Waiting in Older Women with Symptomatic Mild Pelvic Organ Prolapse: Randomised Controlled Trial in Primary Care รายงานข้อมูลจากการศึกษาเปรียบเทียบการบริหาร

กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและการติดตามอาการอย่างระมัดระวังต่ออาการของอุ้งเชิงกรานในผู้หญิงอายุ 55 ปีหรือมากกว่าซึ่งมีภาวะอุ้งเชิงกรานหย่อนที่ไม่รุนแรง

นักวิจัยรวบรวมกลุ่มตัวอย่างในเนเธอร์แลนด์ด้วยการตรวจคัดกรองและคัดออกกรณีที่อยู่ระหว่างรักษามะเร็งอุ้งเชิงกรานหย่อนหรือได้รับการรักษาเมื่อปีก่อน พบมะเร็งของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานอยู่ระหว่างการรักษาความผิดปกติด้านรีเวช มีโรคภัยเรื้อรัง มีภาวะบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว และมีอุปสรรคในการสื่อสารด้วยภาษาดัตช์

ผลลัพธ์หลักประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงของกระเพาะ

ปัสสาวะ ลำไส้ อาการของอุ้งเชิงกรานประเมินจาก Pelvic Floor Distress Inventory-20 (PFDI-20) ที่ 3 เดือนหลังเริ่มต้นการรักษา และผลลัพธ์รอง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตโดยรวมและจำเพาะโรค การทำหน้าที่ทางเพศ ระดับของกล้ามเนื้อหย่อน การทำงานของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน และความเปลี่ยนแปลงของอาการที่ผู้ป่วยรับรู้

มีผู้หญิง 250 คน (87%) ที่สามารถติดตามจนเสร็จสิ้นจากผู้หญิง 287 คนซึ่งสุ่มเป็นกลุ่มบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (n = 145) หรือติดตามอาการอย่างระมัดระวัง (n = 142) ผู้ป่วยในกลุ่มรักษามีคะแนน PFDI-20 มากกว่า (เฉลี่ย 9.1 คะแนน [95% confidence interval 2.8-15.4]) เทียบกับผู้ป่วยในกลุ่มติดตามอาการ (p = 0.005) จากกลุ่มบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานพบว่า 57% (82/145) รายงานว่ามีอาการโดยรวมดีขึ้นกว่าตอนเริ่มการศึกษาเมื่อเทียบกับ 13% (18/142) ในกลุ่มติดตามอาการ (p < 0.001) ขณะที่ผลลัพธ์รองด้านอื่นไม่มีความต่างที่มีนัยสำคัญ

แม้ว่าการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานจะช่วยให้คะแนน PFDI-20 ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่ความต่างระหว่างกลุ่มก็ยังคงต่ำกว่าระดับที่มีนัยสำคัญทางคลินิก (15 คะแนน) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วย 57% ในกลุ่มรักษารายงานว่ามีอาการโดยรวมดีขึ้น จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จของการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและติดตามผลลัพธ์ในระยะยาว





**ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข** กล่าวว่า ในปี พ.ศ. 2558 นี้ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบในกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 20-50 ปี ฟรี เพื่อเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน พ.ศ. 2558 มีเป้าหมายฉีดให้ผู้ที่เกิดในเดือนมกราคม พ.ศ. 2508 - ธันวาคม พ.ศ. 2538 ซึ่งมีทั้งหมด 28 ล้านคนทั่วประเทศ เพื่อเร่งรัดและรักษาความครอบคลุมวัคซีนให้ประชาชนไทยให้สูง

## ผู้ใหญ่วัย 20-50 ปี เสี่ยงป่วย “โรคคอตีบ” รณรงค์ฉีดวัคซีนป้องกันฟรี เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพฯ

เพียงพอที่จะป้องกันโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ก่อนที่ไทยจะเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปีนี้ ทั้งนี้เนื่องจากในปี พ.ศ. 2555 มีการระบาดของโรคคอตีบในภาคอีสานและภาคเหนือตอนล่างที่มีแนวโน้มขยายไปยังจังหวัดอื่น ๆ พบในผู้ใหญ่และเด็กที่ได้รับวัคซีนไม่ครบถ้วน โดยในกลุ่มผู้ใหญ่ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-50 ปี ซึ่งผลการสำรวจพบว่าประชาชนกลุ่มนี้มีระดับภูมิคุ้มกันโรคคอตีบต่ำที่สุด เนื่องจากเป็นกลุ่มที่เกิดก่อน พ.ศ. 2520 ซึ่งเป็นปีที่ประเทศไทยเริ่มใช้แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในระดับชาติ จึงยังไม่เคยได้รับวัคซีนชนิดนี้ มีความเสี่ยงติดเชื้อและป่วยเป็นโรคคอตีบได้สูง โครงการนี้จะเป็นการป้องกันและควบคุมโรคคอตีบในระยะยาวของประเทศ ซึ่งวัคซีนที่ใช้ฉีดครั้งนี้เป็นวัคซีนป้องกันโรคคอตีบและโรคบาดทะยักในเข็มเดียวกัน เริ่มฉีดครั้งแรกใน 20 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2557 และฉีดที่เหลืออีก 57 จังหวัดทุกภาคตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 จนถึงสิ้นเดือนเมษายน พ.ศ. 2558

## แพทย์แผนไทย ร.พ.ศีลาลาด จ.ศรีสะเกษ ใช้ “ใบยออย่างไฟ” รักษาอาการปวดจากโรคเกาต์ได้ผลดี

**นส.ณัฐธิดา ธรรมวัตร แพทย์แผนไทยประจำโรงพยาบาลศีลาลาด จ.ศรีสะเกษ** ให้สัมภาษณ์ว่า ได้ศึกษาวิจัยการบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และอาการอักเสบจากโรคเกาต์ โดยการใช้ใบยออย่างไฟ เนื่องจากใบยอมีสรรพคุณแก้ไข้ ลดปวด ลดบวม อาการเคล็ดขัดยอก อาการปวดในข้อ กล้ามเนื้ออักเสบ แก้อาการปวดตามข้อเล็ก ๆ ของนิ้วมือได้ โดยวิธีการรักษาอาการปวดกล้ามเนื้อนั้น จะนำใบยอ 5-10 ใบ มาล้างให้สะอาด แล้วนำไปย่างบนเตาถ่านด้วยไฟอ่อนประมาณ 1 นาที พร้อมโรยเกลือเล็กน้อยให้ทั่วใบยอเพื่อเพิ่มการดูดซึมของสารในใบยอให้มากขึ้น หลังจากนั้นนำผ้าสะอาดมาวางบริเวณที่มีอาการปวดหรืออักเสบ และวางใบยอที่ย่างไฟแล้ววางทับผ้าตามเพื่อป้องกันความร้อนจากใบยอถ่ายเทลงผิวหนังมากเกินไป ทับนานครั้งละ 15-20 นาที วันละ 2-3 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 5-7 วัน หรือจนกว่าอาการจะดีขึ้น ซึ่งจากการติดตามผลการทดสอบใช้ใบยออย่างไฟในผู้ป่วยโรคเกาต์ 11 ราย ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อและอักเสบ ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 - มิถุนายน พ.ศ. 2557 พบว่าอาการปวดและอักเสบกล้ามเนื้อของกลุ่มผู้ป่วยโรคเกาต์ทั้ง 11 ราย

ลดลงถึง 10 รายที่มีอาการบวมตามข้อต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 99 ส่วนกลุ่มผู้มีอาการปวดกล้ามเนื้อได้ใช้ใบยออย่างไฟรักษา 57 ราย พบว่า 48 รายมีอาการปวดลดลง รู้สึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ คิดเป็นร้อยละ 84 โดยผู้ที่อาการปวดไม่ลดลงพบว่าไม่ได้ทำอย่างต่อเนื่อง ไม่มีเวลา ไม่มีคนดูแล และไม่มีความช่วยเหลือ



**ให้คำปรึกษาด้านบัญชี และภาษี  
พร้อมวางระบบบัญชี  
ติดต่อบริษัท ในนิวยอร์ก จำกัด  
092-710-4466**

**9N**

## สธ. เร่งขยาย “ร.พ.คุณธรรม” ทั่วประเทศ สร้างบรรทัดฐานสังคม เป็นผู้ให้บริการด้วยความรู้คู่คุณธรรม

นพ.ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมโรงพยาบาลในสังกัดทุกแห่งที่มีประมาณ 1,000 แห่งทั่วประเทศ ให้เป็นโรงพยาบาลคุณธรรม เป็นหน่วยงานที่มีการบริหารจัดการด้วยความโปร่งใส ซื่อสัตย์ ประหยัด ยึดมั่นในสิ่งที่ถูกต้องบนพื้นฐานทางศีลธรรม วัฒนธรรม และหลักกฎหมาย ให้บริการด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ซึ่งขณะนี้มีโรงพยาบาลในสังกัดประสบผลสำเร็จแล้ว 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลบางมูลนาก และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชตะพานหิน จังหวัดพิจิตร กระทรวงสาธารณสุขจะให้โรงพยาบาลต้นแบบในเรื่องนี้ และใช้เป็นที่ศึกษาดูงาน ถ่ายทอดประสบการณ์การเรียนรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่ เพื่อสามารถใช้เป็นจุดตั้งต้นในการพัฒนาได้อย่างรวดเร็ว หากประสบผลสำเร็จจะเป็นการดึงสภาพสังคมไทยในอดีตที่เต็มไปด้วยสังคมแห่งความมีน้ำใจกลับคืนมา เพื่อให้เกิดบรรยากาศบริการคล้ายเป็นญาติสนิทที่สัมผัสได้จริง ทั้งนี้ ได้มอบหมายให้แก่วัฒนศึกษาวิทยาลัย สถาบันพระบรมราชชนก เร่งพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขทั่วประเทศให้มีความพร้อมในการพัฒนาโรงพยาบาลคุณธรรม และสามารถกำหนดหลักการทำงานที่มีคุณธรรมและจริยธรรมที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ในแต่ละจังหวัดได้ โดยกระทรวงสาธารณสุขเตรียมจัดทีมลงพื้นที่จริง

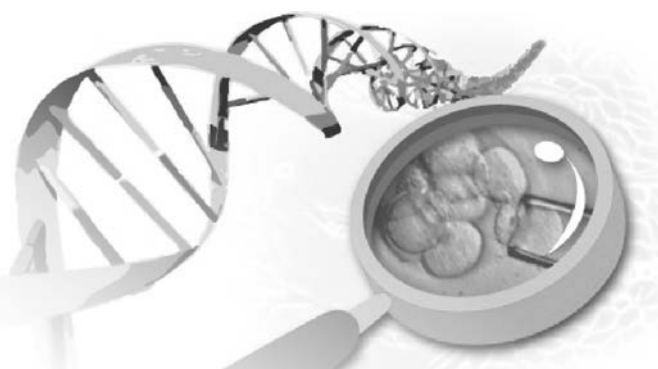


เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินโรงพยาบาลคุณธรรมไปสู่การปฏิบัติให้ครอบคลุมทั่วประเทศในเขตสุขภาพทั้ง 12 แห่ง เริ่มนำร่องที่เขตสุขภาพที่ 1 ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์เป็นต้นไป จนครบทุกเขต

## สธ. เตรียมออกประกาศควบคุมการรักษาเสริมเซลล์ คุ้มครองประชาชน ไม่ตกเป็นเหยื่อโฆษณา

ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ให้สัมภาษณ์ว่า กระทรวงสาธารณสุขได้พิจารณาร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยเสริมเซลล์ หรือเซลล์ต้นกำเนิด ขณะนี้มีการโฆษณาอวดอ้างเกินจริงว่าสามารถรักษาโรคได้ และมีผู้ประกอบการวิชาชีพที่ไม่ถูกต้องมาดำเนินการในรูปแบบนายหน้า และใช้การรักษาด้วยเสริมเซลล์อย่างผิดกฎหมาย จึงต้องมีการควบคุมเพื่อคุ้มครองผู้บริโภค ที่ผ่านมามีประเทศไทยได้อนุญาตให้ใช้เซลล์ต้นกำเนิดรักษาโรคเกี่ยวกับเม็ดโลหิต เช่น มะเร็งเม็ดเลือด ธาลัสซีเมีย ส่วนโรคอื่น ๆ ยังไม่อนุญาตใด ๆ ทั้งสิ้น เนื่องจากยังไม่มีการรับรอง

มาตรฐาน ในปัจจุบันยังไม่มีกฎหมายควบคุมอย่างครอบคลุม ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เร่งจัดทำร่างพระราชบัญญัติเกี่ยวกับเสริมเซลล์ โดยร่างฯ ฉบับนี้ จะมีความครบถ้วน ทั้งด้านการบริการ การให้ความรู้ และการควบคุมมาตรฐานการรักษา เพื่อให้การรักษามีความถูกต้อง ปลอดภัย ขณะนี้อยู่ในขั้นตอนของการระดมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องและหน่วยงานที่รับผิดชอบ เช่น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ แพทยสภา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นต้น คาดว่าจะเสร็จภายในสิ้นเดือนเมษายน พ.ศ. 2558 และทำประชาพิจารณ์ก่อนนำเข้าที่ประชุมคณะรัฐมนตรีและประกาศใช้เป็นกฎหมาย ซึ่งเรื่องนี้นายกรัฐมนตรีให้ความสำคัญและความสนใจ มีความเป็นห่วงความปลอดภัยของคนไทย เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่และยังไม่มีกฎหมายเฉพาะเพื่อควบคุมมาตรฐานความปลอดภัยอย่างครบถ้วน ซึ่งขั้นตอนการประกาศออกเป็นกฎหมายคาดว่าจะใช้เวลาพอสมควร เนื่องจากต้องผ่านหลายขั้นตอน ดังนั้น ในระหว่างที่รอ กระทรวงสาธารณสุขได้เร่งแก้ปัญหา โดยจะออกเป็นประกาศกระทรวงสาธารณสุข โดยนำกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่มีใช้อยู่แล้วมาประยุกต์ใช้ร่วมกัน ทั้งข้อบังคับของแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2552 พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 พระราชบัญญัติยา พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม กำหนดเงื่อนไขเพื่อเป็นการดำเนินการไม่ให้มีการกระทำผิด คุ้มครองความปลอดภัยให้ประชาชน ขณะเดียวกันให้ประชาชนมีข้อมูลเพียงพอ ไม่ตกเป็นเหยื่อการโฆษณาอวดอ้างสรรพคุณ โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดทำประกาศกระทรวงให้มีผลบังคับใช้โดยเร็วที่สุด





# Common & Rare Items in OB-GYN 2015



ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จะจัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ และงานประชุมวิชาการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน พ.ศ. 2558 **THEME: Common & Rare Items in OB-GYN 2015** ระหว่างวันที่ 17-20 มีนาคม พ.ศ. 2558 ณ ห้องประชุมราชบัณฑิตยสถาน ชั้น 1-2 ห้องประชุม 201, 202, 203, 204 และห้องประชุมอวย เกตุสิงห์ ชั้น 3 อาคารศรีสวรินทิรา โรงพยาบาลศิริราช เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ส่งเสริมการศึกษา การวิจัย และแนวทางการวิชาการ และส่งเสริมให้มีการศึกษาต่อเนื่องทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ตลอดจนให้สูตินรีแพทย์ และพยาบาลฝ่ายสูตินรีเวชทั่วประเทศได้มีโอกาสมาร่วมพบปะสังสรรค์กัน ผู้สนใจสมัครเข้าประชุมสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ คุณอนันตพร นมรักษ์ สำนักงานประชุมวิชาการภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ชั้น 3 ห้อง 312 อาคาร 100 ปี สมเด็จพระศรีนครินทร์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โทรศัพท์ 0-2419-4638, 08-4375-9490 โทรสาร 0-2419-4780 E-mail: sianm@hotmail.com, website: www.sirirajconference.com

## สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย จัดการประชุมใหญ่ประจำปี 2558 ครั้งที่ 40



สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทยจะจัดให้มีการประชุมใหญ่สามัญประจำปี พ.ศ. 2558 ครั้งที่ 40 ระหว่างวันที่ 4-6 มีนาคม พ.ศ. 2558 ณ บางกอกคอนเวนชัน เซ็นเตอร์ ชั้น 22 และชั้น 23 โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำความรู้และเทคโนโลยีใหม่ ๆ มาพัฒนาการศึกษาค้นคว้าวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อแพทย์สมาชิกและแพทย์ทั่วไปให้ดียิ่งขึ้น ผู้สนใจสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี ข.ศูนย์วิจัย ถ.เพชรบุรีตัดใหม่ บางกะปิ ห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ 0-2716-6857, 0-2716-5256 โทรสาร 0-2716-6857 website: www.dst.or.th

# ทาเคดา จัด “Takeda Annual Certification 2014”

## สอบวัดระดับผู้แทนฝ่ายขายและการตลาด มุ่งพัฒนาความรู้ ร่วมขับเคลื่อนองค์กรอย่างยั่งยืน

‘ทาเคดา’ มีนโยบายมุ่งเน้นให้ผู้แทนฝ่ายขายและการตลาดมีมาตรฐานสูงทั้งด้านความรู้ทางวิชาการ ทักษะ คุณธรรมและจริยธรรมในการทำงาน จึงได้จัดให้มีการสอบวัดระดับความรู้ผู้แทนฝ่ายขายและการตลาดอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี โดยจะทำการวัดผลทั้งการสอบข้อเขียน และ Role Play ครอบคลุมเรื่องโรค ความรู้ ผลิตภัณฑ์ และทักษะการขาย เพื่อให้ได้ผู้แทนฝ่ายขายและการตลาดที่มีคุณภาพและจริยธรรมในการนำเสนอและให้บริการทางด้านข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์แก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์



ในโอกาสนี้ได้รับเกียรติจาก **รศ.นพ.ถาวร สุทธิไชยากุล รองนายกสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย** เป็นประธานเปิดงาน ‘Takeda Annual Certification 2014’ ซึ่งจัดขึ้น ณ โรงแรม The Okura Prestige เฟลิมิจิต เมื่อวันที่ 26 พฤศจิกายน ที่ผ่านมา

**รศ.นพ.ถาวร** กล่าวว่า รู้สึกเป็นเกียรติอย่างยิ่งที่ได้มาเป็นประธานเปิดงาน ‘Takeda Annual Certification 2014’ ในครั้งนี้ เป็นครั้งแรกที่ได้เห็นบริษัทเอกชนจัดการสอบวัดระดับความรู้ในลักษณะนี้ขึ้นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญเพราะแพทย์เองก็มีการสอบเพื่อเก็บคะแนน CME หรือ





แม้แต่พยาบาลที่มีการสอบเพื่อเก็บคะแนน CNEU ทั้งหมดนี้ เพื่อพัฒนาตนเองให้ก้าวทันกับโลกที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ยิ่งในปัจจุบันมีหลากหลายช่องทางให้สามารถศึกษาหาความรู้ได้มากกว่าในอดีต โดยเฉพาะทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งจัดเป็นแหล่งข้อมูลหรือคลังความรู้ที่สำคัญ

“เมื่อความรู้พัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้าขององค์ความรู้ งานวิจัยใหม่ ๆ ออกมามากมาย ถ้าเพียงแต่เรานิ่ง มันก็คือเราถอยหลัง เพราะฉะนั้นเราต้องก้าวให้ทัน และก้าวไปให้แซงหน้าคนอื่นด้วย” **รศ.นพ.ถาวร** กล่าว



**รศ.นพ.ถาวร** กล่าวอีกว่า การจัดการสอบวัดระดับความรู้ผู้แทนฝ่ายขายและการตลาดที่ทางทาเคด้าจัดขึ้นนี้ จะเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการใฝ่หาความรู้ หาคำตอบให้กับคำถามหรือปัญหาที่เกิดขึ้น และการสอบในครั้งนี้ยังเป็นการยกระดับความรู้ขึ้นมาอีกขั้นหนึ่ง เป็นแนวทางที่ดีที่จะทำให้ผู้แทนฝ่ายขายและการตลาดทุกคนเดินก้าวไปด้วยกัน พร้อมที่จะผลักดันและขับเคลื่อนองค์กรไปอย่างยั่งยืน

“เกือบ 50% เรารู้ว่าเราไม่รู้อะไรจากการสอบ ถ้าไม่มีการสอบจะคิดว่าตัวเองรู้ทั้งหมด แต่ถ้าเมื่อไหร่ก็ตามที่มีการสอบ เราจะเริ่มรู้ตัวเองแล้วว่าไม่รู้อะไร ผมเชื่อคำโบราณที่บอกว่าคนที่ฉลาดคือคนที่รู้ว่าตัวเองไม่รู้เรื่องอะไร ส่วนคนโง่คือคนที่คิดว่าตัวเองฉลาดไปหมด โดยที่ไม่รู้ด้วยซ้ำว่าตัวเองไม่รู้เรื่องอะไร” **รศ.นพ.ถาวร** กล่าว

ท้ายนี้ **รศ.นพ.ถาวร** เชื่อมั่นว่าการสอบที่ทางทาเคด้าจัดต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลา 3 ปีนี้จะทำให้ผู้แทนฝ่ายขายและการตลาดได้รู้ว่าตนเองไม่รู้อะไรบ้าง เพื่อที่จะได้ไปพัฒนาตนเอง แสวงหาความรู้ โดยส่วนตัวแล้วมีความเชื่อว่า บริษัทเป็นเพียงแค่ตัวตึก แค่อายุซื้อ แค่อะไรอนุญาตให้ประกอบกิจการเท่านั้น บริษัทจะพัฒนาไปไม่ได้ ถ้าผู้ทำงานในบริษัทไม่พัฒนาตนเอง ซึ่งจากการจัดสอบวัดระดับความรู้ในครั้งนี้จะเป็นกระบวนการพัฒนาตัวบุคคลให้ขัดเกลาความรู้ความสามารถ และก้าวไปสู่อนาคตอย่างมั่นคง รวมถึงทำให้บริษัทยืนหยัดและก้าวไปสู่บริษัทชั้นนำทั้งในไทยและต่างประเทศอย่างยั่งยืนเช่นทุกวันนี้



# งานแสดงภาพถ่าย Skin Impressions

## ในผู้ที่เป็โรคลมพิษเรื้อรังที่เกิดขึ้นเองและโรคสะกิดเงิน



Mr. Rick Guidotti



นิทรรศการผู้ป่วย



ผู้ป่วยทวีปเอเชีย

ตามรอยช่างภาพชั้นนำระดับโลก Mr. Rick Guidotti ที่เดินทางมาเยือนประเทศไทย ในงานนิทรรศการแสดงผลภาพถ่ายโครงการ Skin Impressions เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคลมพิษเรื้อรังที่เกิดขึ้นเองและโรคสะกิดเงิน ที่ส่งผลกระทบต่อประชากรมากกว่า 100 ล้านคนทั่วโลก

ประเทศไทยได้มีโอกาสให้การต้อนรับ Mr. Rick Guidotti ช่างภาพอาชีพชั้นนำระดับโลก ชาวอเมริกัน ที่ใช้เวลากว่า 15 ปี เพื่อเปลี่ยนแปลงบรรทัดฐานของสังคมเกี่ยวกับความงามผ่านภาพถ่ายของบุคคลที่มีรูปลักษณะที่แตกต่างรวมถึงโรคผิวหนังชนิดรุนแรง โดยได้ร่วมงานในโครงการ Skin Impressions เพื่อสื่อให้เห็นถึงคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ร่วมกับโรคลมพิษเรื้อรังที่เกิดขึ้นเองและโรคสะกิดเงิน สะท้อนให้เห็นถึงความงามอันทรงคุณค่าผ่านความหลากหลายของมนุษย์ และล่าสุดได้เดินทางมาร่วมในงานแสดงภาพถ่ายโครงการ Skin Impressions เพื่อเปลี่ยนแปลงมุมมองที่มีต่อผู้ป่วยโรคลมพิษเรื้อรังที่เกิดขึ้นเองและโรคสะกิดเงิน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างกำลังใจให้แก่ผู้ป่วย โดยการจัดแสดงภาพถ่ายครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากบริษัท โนวาร์ตีส (ประเทศไทย) จำกัด

Mr. Rick Guidotti กล่าวว่า ได้เริ่มต้นทำงานในโครงการ Skin Impressions นี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคลมพิษเรื้อรังที่เกิดขึ้นเองและโรคสะกิดเงินสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติเหมือนคนทั่วไป เนื่องจากโรคผิวหนังทั้ง 2 ชนิดนี้ไม่ได้เป็นโรคติดต่อหรือเป็นที่น่ารังเกียจของสังคม ทั้งยังต้องการให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีความมั่นใจในการที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติ และนอกจากนี้ยังต้องการที่จะแลกเปลี่ยนมุมมองของสังคมที่มีต่อผู้ป่วยเหล่านี้ด้วย โดยได้กำหนดนิยามใหม่ของความงามและรูปลักษณยานนอกจากการถ่ายภาพ เพื่อถ่ายทอดความรู้สึกของ

ผู้ที่ผิดปกติทางร่างกายผ่านภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหว เพื่อให้สังคมมองเห็นถึงคุณค่าของบุคคลเหล่านี้มากกว่าการมุ่งไปยังโรคที่บุคคลเหล่านี้เป็นอยู่

“ผมได้ถ่ายภาพผู้ป่วยที่เป็นโรคผิวหนังชนิดร้ายแรงจำนวน 14 คน ซึ่งเป็นทูตของโครงการนี้จากประเทศต่าง ๆ อาทิ เช่น บราซิล แคนาดา เยอรมนี อิตาลี เม็กซิโก สเปน ตุรกี และสหรัฐอเมริกา ที่สำคัญยังมีผู้ป่วยจากเอเชีย เช่น ไต้หวัน มาเลเซีย และไทย โดยผู้ป่วยเหล่านี้ได้แบ่งปันเรื่องราวเกี่ยวกับการใช้ชีวิตประจำวันกับโรคผิวหนังรุนแรง เพื่อเป็นแรงบันดาลใจให้คนอื่น ๆ ได้พบกับความเชื่อมั่น ความมีอิสระในการสัมผัสและการกอดบุคคลอื่นเป็นที่รักของพวกเขาอีกครั้ง เพื่อสร้างกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ร่วมกับโรคและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ ซึ่งเป็นความประทับใจที่ยิ่งใหญ่จริง ๆ” Mr. Rick Guidotti กล่าว

แม้ว่างานแสดงผลงานภาพถ่ายของผู้ป่วยโรคลมพิษเรื้อรังที่เกิดขึ้นเองและโรคสะกิดเงินที่จัดขึ้นในประเทศไทยได้จบไปแล้ว แต่เชื่อว่างานแสดงภาพถ่ายโครงการ Skin Impressions ในครั้งนี้จะสามารถเป็นกระจุกสะกิดให้แก่สังคมไทยได้รับรู้ถึงความงามที่อยู่ภายในของผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

**สามารถติดตามผลงานจากโครงการ Skin Impressions ผ่านทาง**

- เว็บไซต์ (Website): [www.skintolivein.com/research-in-dermatology/skin-impressions](http://www.skintolivein.com/research-in-dermatology/skin-impressions)
- อินสตาแกรม (Instagram Channel): [http://instagram.com/skin\\_to\\_live\\_in](http://instagram.com/skin_to_live_in)
- ยูทูบ (YouTube Channel): [www.youtube.com/channel/UCQ24eQkU94FyEGEsHDM2Qw](http://www.youtube.com/channel/UCQ24eQkU94FyEGEsHDM2Qw)

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าประชากรทั่วโลกมีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจากเดิม โดยในช่วง 45 ปีที่ผ่านมาอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 60 และพยากรณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2563 ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายจะมีจำนวนปีละ 1.5 ล้านราย โดยเฉพาะในประเทศพัฒนาแล้ว ทำให้ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุของการตายอยู่ใน 10 อันดับแรก และประมาณการว่าในทุก ๆ ปี จะมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 1 ล้านราย หมายความว่าในประชากร 1 แสนคนจะมีผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 16 ราย หรือในทุก 40 วินาที จะมีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 ราย



## “ฆ่าตัวตาย” ปัญหาที่มีทางออก



ประเทศไทยในระยะหลังมานี้มีปัญหามรณกรรมฆ่าตัวตายบ่อยขึ้น ที่สร้างความสะเทือนใจอย่างมากคือ เหตุการณ์การเสียชีวิต 5 ศพที่เกิดขึ้นเมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 ซึ่งในเบื้องต้นคาดว่าเป็นเหตุฆาตกรรม แต่ท้ายที่สุดเริ่มชัดเจนว่าอาจเป็นการก่อเหตุของบุคคลในครอบครัว ด้วยสาเหตุเพราะความเครียดจากเรื่องหนี้สิน ถือเป็นอีกหนึ่งกรณีศึกษาที่ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องเข้ามาสืบหาสาเหตุและร่วมมือกันหาทางออกในการจัดการกับปัญหาการฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิตเผยถึงสถานการณ์การฆ่าตัวตายของคนไทยว่ามีความน่าเป็นห่วง หลังจากพบค่าเฉลี่ยแต่ละเดือนมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงถึง 328 คน หรือทุก ๆ 2 ชั่วโมงจะมีคนไทยฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน (ตัวเลขรายงานล่าสุดเมื่อวันที่ 10 กันยายน พ.ศ. 2557 ซึ่งตรงกับวันป้องกันการฆ่าตัวตายโลก) ทำให้ปัญหาการฆ่าตัวตายยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยปัจจัยที่ทำให้หลายคนคิดฆ่าตัวตายเพราะรู้สึกเหงา ว้าเหว่ น้อยใจ สับสน โดดเดี่ยว หรือกำลังเผชิญกับปัญหาที่เลวร้าย กดดัน และบีบคั้นจนต้องใช้ความตายเป็นทางออกสุดท้ายให้หลุดพ้น



**พญ.พรณพิมล วิบุลากร รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต** กล่าวว่า แม้ปัจจุบันปัญหาการฆ่าตัวตายจะเริ่มได้รับการยอมรับในสังคมไทย มีการพูดถึงและหาแนวทางในการแก้ปัญหา แต่ต้องยอมรับว่าประเทศไทยรวมถึงหลายประเทศทั่วโลกยังไม่สามารถเข้าถึงการแก้ปัญหาและช่วยเหลือผู้ที่คิดฆ่าตัวตายได้อย่างแท้จริง ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้ว ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่สามารถป้องกันได้ และทุกคนสามารถมีส่วนร่วมในการลดปัญหาดังกล่าวได้ หากทุกคน

ให้ความสนใจ ใส่ใจ และเข้าใจ ซึ่งจะส่งผลอย่างยิ่งต่อผู้ที่กำลังมีความทุกข์ทางใจและพยายามหาทางเลือกหรือทางออกบางอย่าง ไม่ใช่เพราะอ่อนแอเกินไปที่จะต่อสู้กับปัญหา เพียงแต่ผู้ที่กำลังมีความทุกข์เหล่านี้ต้องการเครื่องมือหรือองค์ความรู้ที่จะถูกส่งต่อเข้าไปและสามารถช่วยให้เดินออกมาจากความรู้สึกที่โดดเดี่ยวที่ต้องอยู่กับปัญหาโดยลำพัง

จากการติดตามสถานการณ์ตัวเลขปัญหาการฆ่าตัวตายในระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา ตัวเลขของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายค่อนข้างคงที่ โดยในปี พ.ศ. 2556 มีคนไทยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 3,900 รายต่อปี คิดเป็นอัตรา 6.08 ต่อประชากรแสนคน หรือเฉลี่ยเดือนละ 328 คน ประมาณวันละ 10-12 คน หรือทุก ๆ 2 ชั่วโมงมีคนไทยฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน ผู้ชายฆ่าตัวตายมากกว่าผู้หญิง คิดเป็นอัตรา 9.70 และ 2.58 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าภาคอื่น ๆ (9.99 ต่อประชากรแสนคน) โดยจังหวัดลำพูนมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดของประเทศ (14.81 ต่อประชากรแสนคน) รองลงมาคือพะเยา (13.15 ต่อประชากรแสนคน) จันทบุรี (12.97 ต่อประชากรแสนคน) เชียงใหม่ (12.24 ต่อประชากรแสนคน) แม่ฮ่องสอน (12.17 ต่อประชากรแสนคน) ลำปาง (11.79 ต่อประชากรแสนคน) แพร่ (11.62 ต่อประชากรแสนคน) ตาก (10.90 ต่อประชากรแสนคน) เชียงราย (10.79 ต่อประชากรแสนคน) และน่าน (10.67 ต่อประชากรแสนคน) ขณะที่ปัตตานีมีการฆ่าตัวตายต่ำสุด (1.18 ต่อประชากรแสนคน) ส่วนในกลุ่มจังหวัดเครือข่ายร้อยแก่นสารสินธุ์ ได้แก่ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ พบว่าในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2554 อยู่ที่ 3.9 ต่อประชากรแสนคน เพิ่มสูงขึ้นเป็น 4.71 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2556

สาเหตุของการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาการสื่อสาร ความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยช่วงอายุที่พบการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือ กลุ่มอายุระหว่าง 40-44 ปี ร้อยละ 12.56 รองลงมาคือ อายุ 30-34 ปี ร้อยละ 12.36

และอายุต่ำสุดที่พบมีการฆ่าตัวตายคือ เด็กอายุ 10 ขวบ ขณะที่อายุสูงสุดคือ 105 ปี โดยวิธีการแขวนคอเป็นวิธีการฆ่าตัวตายที่ถูกเลือกใช้มากที่สุดถึงร้อยละ 66.92 รองลงมาคือ สารปรอทไตรฟลูออไรด์ ยาฆ่าแมลง และการใช้อาวุธปืน

**พญ.พรรณพิมล** กล่าวอีกว่า หากพิจารณาภาพรวมของอัตราการฆ่าตัวตายในกรุงเทพฯ ตัวเลขถือว่ายังอยู่ในระดับที่น่าพอใจ อยู่ที่ประมาณ 6 เศษ ๆ ต่อประชากรแสนคน แต่หากพิจารณาในระดับภูมิภาค มีจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง และอัตราการฆ่าตัวตายต่ำ ในจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง เช่น ลำพูนที่มีตัวเลขค่อนข้างสูงถึงร้อยละ 14.81 ต่อประชากรแสนคน ก็ยังมีหลายประเด็นที่ยังต้องติดตาม รวมถึงจังหวัดอื่น ๆ ที่เริ่มมีตัวเลขของอัตราการฆ่าตัวตายไต่ระดับขึ้นมา เช่น จังหวัดในแถบภาคอีสาน จังหวัดที่เป็นเขตอุตสาหกรรมใหม่ เป็นต้น ซึ่งในการแก้ปัญหาจะเป็นการแก้ปัญหาในเชิงรุก โดยส่งอาสาสมัครลงพื้นที่ รวมทั้งส่งเสริมให้คนไทยพบจิตแพทย์ และจัดนักจิตวิทยาคอยให้บริการแก่ผู้ที่ต้องการคำปรึกษาที่สายด่วนสุขภาพจิตหมายเลข 1323 ที่ในแต่ละปีมีผู้คนที่ใช้บริการเกือบ 600,000 ราย

ทั้งนี้ปัจจัยหรือตัวกระตุ้นที่นำไปสู่การตัดสินใจฆ่าตัวตายแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นกลุ่มที่มีปัญหาสะสมเรื้อรังต่อเนื่อง รวมถึงมีปัญหาเจ็บป่วยด้านร่างกาย โดยอยู่ที่ร้อยละ 47 กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มที่มีเหตุปัจจัยบางอย่างเข้ามาเป็นตัวกระตุ้น เช่น ความขัดแย้ง ความทุกข์ ความไม่สบายใจเข้ามาในระยะสั้น ๆ และตัดสินใจในลักษณะการฆ่าตัวตายแบบทันทีทันใด โดยอยู่ที่ร้อยละ 50

“กลุ่มแรกเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงชัดเจน ถ้ามีกระบวนการเข้าไปช่วยดูแลจะสามารถลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายลงได้ ส่วนกลุ่มที่ 2 ก็ยังสามารถ



ป้องกันได้หากมีช่องทางหรือทางออกให้เลือกแทนการตัดสินใจแบบทันทีทันใด เสี่ยงวินาทีหนึ่งให้เขาหยุดไม่ว่าจะด้วยกลไกอะไรก็ตาม แต่ใน 2 กลุ่มนี้ไม่นับรวมกับกลุ่มโรคทางสุขภาพจิตที่มีอัตราเสี่ยงสูงขึ้น โดยพบว่ากลุ่มที่มีปัญหาการใช้แอลกอฮอล์ร่วมด้วยจะมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้นมาก ถือเป็นปัญหาที่ซ่อนอยู่ของประเทศไทยซึ่งจะนำไปสู่อีกหลายปัญหาตามมา ทั้งความรุนแรงต่อสังคม และความรุนแรงต่อตนเอง ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้องในวงวิชาการจะต้องแลกเปลี่ยนกัน เพื่อทำงานเชิงลึกในการดูแลคนที่มีความเสี่ยงเหล่านี้ร่วมกัน” **พญ.พรรณพิมล** กล่าว



**ผศ.นพ.นัทธ พิทยธรรณเสถียร ปฏิกม** **สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย** กล่าวว่า สมาคมจิตแพทย์ฯ เป็นองค์กรวิชาชีพที่เกิดจากการรวมตัวของกลุ่มจิตแพทย์ เพื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ หนึ่งในนั้นคือจัดการกับปัญหาการฆ่าตัวตายของประเทศไทย โดยในปัจจุบันประเทศไทยมีจิตแพทย์ทั้งจิตแพทย์ผู้ใหญ่และจิตแพทย์เด็กอยู่ประมาณ 1,000 คน ซึ่งถือว่ายังมีจำนวนน้อยในการรับมือกับปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และเรื่องใหญ่อย่างปัญหาการฆ่าตัวตาย ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ในอนาคตจะต้องมีการผลิตจิตแพทย์เพิ่มขึ้นเพื่อรับมือกับปัญหาเหล่านี้

สำหรับการดำเนินงานของสมาคมจิตแพทย์ฯ ได้ให้ความสำคัญกับเรื่องทางวิชาการ โดยส่งเสริมให้จิตแพทย์มีความรู้เพื่อจะได้นำความรู้นั้นไปดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือมีปัญหาจิตเวชด้านอื่น ๆ จึงได้จัดประชุมวิชาการเป็นประจำทุกปี เพื่ออัปเดตความรู้แก่สมาชิก แพทย์สาขาต่าง ๆ ที่สนใจ โรงพยาบาล และนักวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้แล้ว ยังมีสมาคมย่อยซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของสมาคมจิตแพทย์ฯ และมีบทบาทต่อการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นอย่างมาก คือชมรมความผิดปกติทางอารมณ์แห่งประเทศไทย (Thai Society for Affective Disorders) หรือ TSAD โดยจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคทางอารมณ์ เช่น โรคซึมเศร้าหรือไบโพลาร์ที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสูงมาก รวมทั้งชมรมจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและประสาทจิตเวชศาสตร์ไทย โดยผู้สูงอายุเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ต้องการการดูแลที่ดี เพราะมักจะมีปัญหาสุขภาพจิตอันเนื่องมาจากความเหงา จึงเป็นอีกกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ

อย่างไรก็ตาม การให้ความรู้ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะแพทย์เท่านั้น แต่ต้องเชื่อมโยงไปสู่ประชาชนด้วย ที่ผ่านมาก็มีการจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนให้มากขึ้น ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือไบโพลาร์ และล่าสุดทางสมาคมจิตแพทย์ฯ ได้เปิดเฟสบุ๊คเพื่อเป็นช่องทางให้ประชาชนสามารถติดต่อกับจิตแพทย์ และสามารถส่งคำถามเกี่ยวกับสุขภาพจิตหรือปัญหาที่กำลังเผชิญเข้าไปเพื่อขอคำปรึกษาแนะนำถึงวิธีการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ อย่างถูกต้อง

“ในฐานะจิตแพทย์ มองว่าสิ่งสำคัญที่สุดในการป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างแท้จริงคือ ความหวัง เพราะผู้ที่คิดจะฆ่าตัวตายคือผู้ที่กำลังอยู่ในภาวะสิ้นหวัง เมื่ออับจนหนทางจึงเลือกที่จะจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย แต่ถ้าหากได้รับคำแนะนำที่ดี ได้รับรู้ว่าปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่มีทางออก รู้สึกว่าชีวิตยังมีความหวัง ยังสามารถทำอะไรต่าง ๆ ได้อีกมากมาย และมีคนที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจ ก็อาจจะทำให้อยากมีชีวิตอยู่ต่อไปอีก 1 วัน, 2 วัน, 3 วัน, 1 อาทิตย์, 1 เดือน หรือ 1 ปี และผ่านพ้นปัญหาที่ทำให้คิดฆ่าตัวตายไปได้ในที่สุด” **ผศ.นพ.นัทธ** กล่าว



กรมสุขภาพจิตเผยถึงสถานการณ์การฆ่าตัวตายของคนไทยว่ามีความน่าเป็นห่วง หลังจากพบค่าเฉลี่ยแต่ละเดือนมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงถึง 328 คน หรือทุก ๆ 2 ชั่วโมง จะมีคนไทยฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน (ตัวเลขรายงานล่าสุด เมื่อวันที่ 10 กันยายน พ.ศ. 2557 ซึ่งตรงกับวันป้องกันการฆ่าตัวตายโลก) ทำให้ปัญหาการฆ่าตัวตายยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยปัจจัยที่ทำให้หลายคนคิดฆ่าตัวตายเป็นเพราะรู้สึกเหงา ว้าเหว่ น้อยใจ สับสน โดดเดี่ยว หรือกำลังเผชิญกับปัญหาที่เลวร้าย กดดัน และบีบคั้น จนต้องใช้ความตายเป็นทางออกสุดท้ายให้หลุดพ้น



ด้าน **คุณตระการ เชนศรี ผู้อำนวยการสมาคมสมาธิตันส์แห่งประเทศไทย** กล่าวว่า สมาคมสมาธิตันส์ ก่อตั้งมารวม 36 ปี มีพันธกิจหลักคือ ป้องกันการฆ่าตัวตาย ด้วยเชื่อว่าการฆ่าตัวตายสามารถป้องกันได้ ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักทำไปด้วยอารมณ์ชั่ววูบหรือทำไปด้วยเหตุผลอย่างหนึ่งอย่างใด ซึ่งถ้าหาก ณ เวลานั้นมีผู้ที่สามารถให้คำแนะนำที่ดีจะสามารถป้องกันการฆ่าตัวตายได้

“มนุษย์ทุกคนมีปัญหาแต่ทำไมเมื่อมีปัญหาแล้วบางคนถึงไม่ฆ่าตัวตาย ขณะที่บางคนมีปัญหาแล้วฆ่าตัวตาย จากประสบการณ์การทำงานร่วม 36 ปีในประเทศไทย ผู้ที่มีความคิดอยากตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ เป็นเพราะรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทิ้งให้เผชิญกับปัญหาเพียงลำพัง เพราะฉะนั้นหน้าที่หลักของสมาคมสมาธิตันส์ ในฐานะที่เป็นองค์กรป้องกันการฆ่าตัวตาย คือมาเติมเต็มช่องว่างตรงนี้ คอยอยู่เคียงข้าง คอยเป็นเพื่อน และรับฟัง การรับฟังในที่นี้คือ รับฟังโดยไม่มีเงื่อนไข ไม่ว่าเขาจะเป็นใคร จะทำอะไรผิดมาขนาดไหนแค่ไหนก็ตาม เราจะไม่ได้ตัดสินเขา ไม่สั่งสอนเขา หรือไม่ประเมินเขา แต่เขาจะเป็นเพื่อนเรา เราจะเป็นเพื่อนกัน เพื่อช่วยกันคิดและคอยให้กำลังใจ” **คุณตระการ** กล่าว

**คุณตระการ** กล่าวอีกว่า ปัจจุบันสมาคมสมาธิตันส์ มีอาสาสมัครทำหน้าที่เป็นเพื่อนพูดคุยทางโทรศัพท์กับผู้มีความทุกข์ ความไม่สบายใจต่าง ๆ ซึ่งในแต่ละปีที่ผ่านมา มีผู้คนใช้บริการประมาณ 7,000 ราย และนอกจากจะทำงานในเชิงรับแล้ว ในปีนี้สมาคมสมาธิตันส์ ยังมุ่งทำงานเชิงรุกด้วยการลงพื้นที่ไปเยี่ยมเยียนผู้ที่มีความเสี่ยง เช่น ผู้ต้องหาคดีในทัณฑสถาน ผู้ที่อยู่อาศัยในชุมชนแออัด ผู้พิการ ผู้สูงอายุ เป็นต้น

แม้การทำงานของสมาคมสมาธิตันส์ จะสามารถช่วยชีวิตผู้ที่มีปัญหาคิดฆ่าตัวตายได้จำนวนหนึ่ง แต่ปัญหาที่พบคือ ผู้ที่มาทำหน้าที่นี้ทั้งหมดเป็นอาสาสมัครและไม่ได้ผลตอบแทน ทำให้อาสาสมัครมีจำนวนไม่เพียงพอและไม่คงที่ แต่ก็ยังมีอาสาสมัครส่วนหนึ่งที่ทำงานกับสมาคมสมาธิตันส์ มายาวนานถึง 20-30 ปี ด้วยใจรัก ซึ่งการที่อาสาสมัครมีจำนวนน้อย ทำให้บางครั้งผู้ที่โทรศัพท์เข้ามาไม่สามารถติดต่อได้เพราะอาสาสมัครให้บริการสายอื่นอยู่ บางสายใช้เวลา 1-2 ชั่วโมง ดังนั้น ในปีนี้จึงได้ขยายการบริการโดยจัดโครงการ Call back service เพื่อให้บริการในกรณีที่โทรศัพท์เข้ามาแล้วไม่มีผู้รับสาย สายนั้นจะถูกโอนไปยังเครื่องฝากข้อความและเบอร์โทรศัพท์ติดต่อกลับ เพื่อให้อาสาสมัครติดต่อกลับในภายหลัง ส่วนผู้ที่มีความทุกข์บางกลุ่มที่ไม่สะดวกใจกับการสนทนากัน

ด้วยเสียงก็สามารถแชทผ่านเฟสบุ๊ค โดยขณะนี้ได้เตรียมอาสาสมัครสำหรับให้บริการทางด้านนี้ เพราะช่องทางนี้จะเป็นช่องทางสำคัญในอนาคต พร้อมกันนี้ได้เปิดรับอาสาสมัครอีกจำนวนมาก ซึ่งอาสาสมัครจะต้องผ่านการฝึกอบรมจากครูฝึกและพี่เลี้ยงก่อนปฏิบัติงานจริง

นอกจากนี้แล้ว ในประเทศไทยยังมีแรงงานต่างด้าวอีกนับล้านคน นักท่องเที่ยวอีก 20 ล้านคน และชาวต่างประเทศที่มาพำนักรและตั้งรกรากอยู่ในประเทศไทยอีกจำนวนหนึ่ง ซึ่งคนกลุ่มนี้อาจจะถูกมองข้ามไปทางสมาคมสมาธิตันส์ จึงเปิดบริการพูดคุยสายภาษาอังกฤษขึ้น แม้จะมีผู้ใช้บริการจำนวนไม่มากนักเนื่องจากยังไม่เป็นที่รู้จักมากนัก แต่จากที่มีผู้โทรศัพท์เข้ามา แต่ละสายค่อนข้างวิกฤติ เช่น ชาวต่างชาติที่มาพำนักอยู่ในประเทศไทย แต่งานกับคนไทย ถูกคนไทยหลอกจนหมดเนื้อหมดตัว ไม่สามารถกลับประเทศได้ เพราะญาติพี่น้องไม่ยอมรับเขาแล้ว ทำให้มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายสูง จึงได้มีการประสานงานไปยังสถานทูตอังกฤษเพื่อประชาสัมพันธ์ข้อมูลในการให้บริการในส่วนนี้ และอนาคตจะประสานกับสถานทูตประเทศอื่น ๆ ต่อไป

**แม้ว่าปัญหาการฆ่าตัวตายจะเป็นเรื่องที่ค่อนข้างซับซ้อน และเป็นอีกหนึ่งปัญหาสำคัญซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมากทั้งต่อผู้ที่เสียชีวิตและผู้ใกล้ชิดที่ยังมีชีวิตอยู่ แต่อย่างไรก็ตาม ปัญหาการฆ่าตัวตายสามารถป้องกันได้ หากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องร่วมมือกันจัดการกับปัญหา รวมหาทายออกเพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยให้มีจำนวนลดลงได้ในที่สุด**

# GSK จัดกิจกรรม Pushing the Human Limits สร้างแรงบันดาลใจขยายขีดความสามารถของคนไทย ผ่านการเรียนรู้ทางวิทยาศาสตร์กับ NASA

เพราะเชื่อในเรื่องของสังคมของการแบ่งปัน เชื่อมมั่นในคุณค่าของการศึกษา การขับเคลื่อนสังคมด้วยการวิจัยและพัฒนา ภายใต้เป้าหมายสูงสุดที่มุ่งพัฒนาชีวิตของมนุษยชาติ GSK หรือบริษัท แกล็กโซสมิทไคลน์ (ประเทศไทย) จำกัด บริษัทผู้ค้นคว้าวิจัยพัฒนายาและวัคซีนนวัตกรรม จึงได้ร่วมกับ NASA จัดกิจกรรม **Pushing the Human Limits-ก้าวข้ามขีดจำกัดศักยภาพของมนุษย์** เพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการขยายขีดความสามารถและศักยภาพของตนเองผ่านการเรียนรู้และศึกษาความสำเร็จของนายชาร์ลส์ ดุ๊ก อดีตนักบินอวกาศที่มีโอกาสขึ้นไปเดินและสำรวจดวงจันทร์ และการค้นหาแรงขับเคลื่อนเพื่อก้าวข้ามขีดจำกัดจากผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาบุคลากร พร้อมชมนิทรรศการอวกาศ **นาซา เอ ฮิวแมน แอดเวนเจอร์** ครั้งแรกในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เพื่อแบ่งปันความรู้และประสบการณ์ด้านวิทยาศาสตร์และอวกาศของมนุษยชาติระดับโลกแก่คนไทย

**ดร.พิเชฐ ดุรงคเวโรจน์ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี** กล่าวเปิดงานว่า “วิทยาศาสตร์และนวัตกรรมมีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศเป็นอย่างมาก เพราะการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ทางด้านวิทยาศาสตร์ และความคิดสร้างสรรค์ของคนจะช่วยให้สังคมดีขึ้น สำหรับประเทศไทยต่อจากนี้ต้อง

ก้าวไปสู่สังคมนวัตกรรมและก้าวข้ามไปอยู่ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วเพื่อให้คนไทยมีรายได้ความเป็นอยู่ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยการวางแผนทางเพื่อที่จะสร้างรากฐานให้กับการพัฒนาวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรมในระยะยาวให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน ซึ่งกิจกรรมที่ GSK จัดขึ้นในครั้งนี้ นับเป็นความร่วมมือของเอกชนที่จะช่วยสร้างแรงบันดาลใจให้แก่เด็กและเยาวชน กระตุ้นการเรียนรู้และอยากลงมือทำด้วยตัวเอง ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาบุคลากรที่มีคุณภาพเพื่อการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนต่อไป”



**นายวิริยะ จงไพศาล กรรมการผู้จัดการ บริษัท แกล็กโซสมิทไคลน์ (ประเทศไทย) จำกัด หรือ GSK** กล่าวว่า “GSK ร่วมกับ NASA จัดกิจกรรม **Pushing the Human Limits ก้าวข้ามขีดจำกัดศักยภาพของ**

**มนุษย์** ซึ่งเป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่บุคลากรในหน่วยงานภาครัฐและเอกชน รวมทั้งนิสิต นักศึกษา เพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการพัฒนาศักยภาพของตนเองและสัมผัสความก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์ เพื่อให้คนไทยได้เห็นการก้าวข้ามศักยภาพของมนุษย์ในมุมที่ต่างกันออกไป รวมทั้งเป็นการเปิดโลกการเรียนรู้และจุดประกายความคิดให้แก่เยาวชนและคนในสังคมให้เห็นความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ในหลาย ๆ ด้าน”

สำหรับนักวิจัยและนักวิทยาศาสตร์ไทยที่มาร่วมกิจกรรม “**Pushing the Human Limits-ก้าวข้ามขีดจำกัดศักยภาพของมนุษย์**” อาทิ **ดร.ศรัณย์ โปษยะจินดา รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยดาราศาสตร์แห่งชาติ, รศ.พญ.ชลีรัตน์ ดิเรกวัฒนชัย นักประดิษฐ์ไทย “อุปกรณ์ช่วยพ่นยาสำหรับการรักษาโรคหืด และ รศ.พญ.อรพรรณ โพชนุกูล นักประดิษฐ์ไทย “DIY Spacer”** ต่างก็มีความเชื่อมั่นว่า วิทยาศาสตร์จะนำไปสู่การพัฒนาตนเองและประเทศ ขณะที่การสร้างแรงบันดาลใจจะช่วยส่งเสริมให้ก้าวไปสู่ความสำเร็จ

การจัดกิจกรรมในครั้งนี้เป็นการสร้างประสบการณ์การแบ่งปันของ GSK ให้แก่สังคมอีกทางหนึ่ง รวมทั้งจะเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการสร้างแรงบันดาลใจในการผลักดันศักยภาพของตนเองเพื่อการพัฒนาสังคมไทยต่อไปในอนาคต

ดร.พิเชฐ ดุรงคเวโรจน์



# นพ.สมัย สิริทองถาวร

การทำความดีอยู่ที่จุดไหนของสังคมย่อมทำได้

**ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตนเป็นที่สอง  
ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์เป็นกิจที่หนึ่ง  
ลาภทรัพย์และเกียรติยศจะตกมาแก่ท่านเอง  
ถ้าท่านทรงธรรมะแห่งวิชาชีพไว้ให้บริสุทธิ์**

(พระอนุศาสน์ของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร  
อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก)

พระโอวาทคำสอนของสมเด็จพระบรมราชชนกเป็นคำสอนที่ นพ.สมัย สิริทองถาวร ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ แพทย์ดีเด่นแพทยสภา สาขาผู้บริหาร ประจำปี พ.ศ. 2557 ยึดถือเป็นคติคำสอนที่จำขึ้นใจมาตั้งแต่สมัยเรียน เนื่องจากเห็นว่าเป็นคำสอนที่สามารถนำมาใช้ได้กับทุกเรื่อง ทุกสมัย ทั้งเรื่องส่วนตัวและการทำงานในหน้าที่ จึงทำให้ตลอดระยะเวลาของการเป็นผู้บริหารของกรมวิชาการ ท่านจึงมุ่งมั่นทำหน้าที่อย่างดียิ่ง ครบถ้วนตามภารกิจของกรมสุขภาพจิต ด้วยเหตุผลที่ว่า “การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตลอดเวลา ไม่หยุดนิ่ง เป็นผู้นำในวันนี้ไม่ว่าจะเป็นด้านวิชาการ บริหาร บริการ สักวันหนึ่งก็ไม่ได้เป็น จึงต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อประโยชน์สูงสุดของประชาชน จะทำให้คนคิดถึงเราตลอดไป การทำความดีอยู่ที่จุดไหนของ



สังคมย่อมทำได้ทั้งนั้น ขอเพียงแค่ทำให้ดีที่สุด ก็จะมีคนเห็น อย่างน้อยก็ตัวเราเอง”

นพ.สมัย สำเร็จการศึกษาจากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปัจจุบันเป็นผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ ท่านเป็นผู้ริเริ่มโครงการ Child First-Work Together เพื่อพัฒนางานบริการของหน่วยงานด้วยการบูรณาการงาน, การวิจัย และพัฒนาเครื่องมือในการคัดกรอง ประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กตั้งแต่วัยแรกเกิดจนถึง 5 ขวบ, จัดทำห้องสมุดของเล่นเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว 72 พรรษา, จัดทำโครงการดูแลผู้บกพร่องทางสติปัญญาและเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ, จัดทำ



โครงการคลินิกละคร และดนตรีบำบัดสำหรับเด็กพัฒนาการล่าช้า

**นพ.สมัย** กล่าวถึงโครงการ Child First-Work Together ว่า มีรากฐานการทำงานมาจากการให้บริการทางการแพทย์ในชุมชนเพื่อลดจำนวนเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า โดยระยะเริ่มต้นเน้นการให้ความรู้ ทักษะ สื่อ อุปกรณ์ แต่ในการดำเนินงานพบว่าปัญหายังคงมีอยู่และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อีกทั้งการให้บริการทางการแพทย์ในชุมชนยังมีข้อจำกัด เครื่องมือที่ใช้มีความแตกต่างกัน และไม่มีเกณฑ์มาตรฐานในเด็กไทย รวมถึงพบปัญหาสุขภาพจิตในผู้ปกครอง ซึ่งไม่ว่าอะไรจะเกิดขึ้น เด็กจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ดังนั้น จึงได้มีการเปลี่ยนแปลงแนวคิด



ในการพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์ในชุมชนโดยใช้หลักการบูรณาการ ร่วมมือมีส่วนร่วม และภาคีเครือข่าย มีการให้บริการเชิงรุก สนับสนุนให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวมถึงผู้ปกครองสามารถคัดกรอง ประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้เอง และมีการสนับสนุนทางด้านจิตใจและสังคมของครอบครัว มีการให้บริการที่คำนึงถึงธรรมชาติของเด็ก อีกทั้งยังมีการพัฒนางานบริการบนฐานวิชาการและจากสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน มีการวิจัยและพัฒนาเครื่องมือในการคัดกรอง ประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กของประเทศไทย และมีการหาค่ามาตรฐานในเด็กไทย



นอกจากนี้ **นพ.สมัย** ยังได้ริเริ่มในการพัฒนาองค์ประกอบอื่น ๆ ที่มีผลต่อการพัฒนาการเด็กควบคู่กันไป เช่น การพัฒนาผู้ปกครองทั้งความรู้ อาชีพ พัฒนาครู และพัฒนาชุมชน ศูนย์เรียนรู้สำหรับเครือข่ายเพื่อให้มีศักยภาพในการช่วยส่งเสริมดูแลเด็กได้ดีเพื่อกลับคืนสู่ชุมชน เป็นการพัฒนางานเชิงระบบเพื่อความยั่งยืน ในส่วนขององค์ความรู้ **นพ.สมัย** มีผลงานด้านหนังสือหลายเล่ม ทั้งประเภทที่เกี่ยวกับการพัฒนาการแก่เด็กที่มีพัฒนาการช้า การเสริมสร้าง IQ, EQ และ AQ วารสารวิชาการนานาชาติด้านสุขภาพจิตและพัฒนาการเด็ก โดยเฉพาะหนังสือ “ฝ่าฝันให้ถึงฝั่งคำตอบของแม่ที่มีลูกสมองพิการ” ที่ได้รับการตีพิมพ์ถึงสองครั้ง ซึ่งครั้งหลังพิมพ์ถึง 35,000 เล่ม โดยกระทรวงศึกษาธิการมีงานวิจัยจำนวนมากที่สร้างสรรค์ ยึดหลักวิชาการในการทำวิจัย โดยเฉพาะในกลุ่มแบบประเมินการพัฒนาการเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 5 ปีที่เริ่มจากงานในพื้นที่สู่เครือข่ายสาธารณสุข ผู้ปกครอง จนถึงระดับประเทศ จนเกิดแบบประเมินและคู่มือในการประเมินและส่งเสริมการพัฒนาร่างกายเด็กแรกเกิดจนถึง 5 ปีที่เป็นมาตรฐานของเด็กไทยเองเป็นครั้งแรกของประเทศไทย ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติและสำนักงานงบประมาณ ซึ่งเป็นผลงานเด่นของชาติจนได้นำเสนอผลงานในระดับนานาชาติ และที่น่าประทับใจคือ **นพ.สมัย** เป็นผู้ริเริ่มโครงการ Child First-Work Together เป็นการบูรณาการงานบริการของหน่วยงานร่วมกับผู้ปกครอง ชุมชน เครือข่ายต่าง ๆ ทั้งหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงอื่น ๆ รวมทั้งมิติของการบูรณาการในการพัฒนาคน เครื่องมือ เพื่อให้เกิดการร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เดินไปด้วยกันในการคัดกรอง ส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก โดยคำนึงถึงธรรมชาติของเด็กและความพร้อมของพื้นที่ เพื่อลดจำนวนเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ผลงานชิ้นนี้ได้รับรางวัลชนะเลิศ UN Public Service Award ปี ค.ศ. 2013 ในระดับภาคพื้น Asia-Pacific และได้รับเชิญให้เป็นวิทยากรถ่ายทอดองค์ความรู้ในต่างประเทศ เป็นการสร้างชื่อเสียง

ให้กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และประเทศไทย

ด้านการครองคน **นพ.สมัย** เป็นคนที่มีน้ำใจกับคนรอบข้าง เมื่อเจ็บป่วยจะดูแล ไปเยี่ยม ให้กำลังใจ คอยช่วยเหลือผู้อื่นบนความสามารถและความถูกต้อง ท่านเป็นคนที่ไม่เข้ากับคนง่าย เป็นกันเอง จริงใจ ท่านจึงมีเครือข่ายมาก รวมทั้งคนที่อยากร่วมงานด้วยจำนวนมาก มีความหวังดีต่อผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ได้บังคับบัญชา ท่านจะเปิดโอกาสให้พัฒนาตนเอง ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาตนเองตลอดเวลาเฉกเช่นเดียวกับตัวท่านเอง ซึ่งแสดงถึงการมีเมตตาธรรมของผู้บริหาร ท่านมีความสามารถในการบริหารการเงินการคลังได้ดี สามารถสร้างความมั่นคงให้แก่องค์กร และให้ค่าตอบแทนตามภาระงานแก่ผู้ได้บังคับบัญชาได้เต็มที่ตามระเบียบ เป็นคนที่คิดดี วิเคราะห์เก่ง ตัดสินใจได้รวดเร็ว ซึ่งบ่อยครั้งที่ผู้ร่วมงานตามความคิดของท่านไม่ทัน แต่ลึก ๆ ท่านเป็นนักประชาธิปไตย ยอมรับความเห็นของผู้อื่นหากถูกต้องและดีกว่า นอกจากนี้ท่านยังเป็นคนที่ทุ่มเทกำลังกายสติปัญญา และเวลาให้แก่งานอย่างมาก จนผู้ร่วมงานทั้งคนไทยและต่างชาติพูดเป็นเสียงเดียวกันว่า “เอาพลังงานจากไหนมาทำงานได้อย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย”



ทั้งนี้ ในด้านการครองงาน **นพ.สมัย** เป็นคนที่คิดดี เป็นนักคิด นักวิเคราะห์ นักนวัตกรรม นักพัฒนา ตัดสินใจได้รวดเร็ว มุ่งมั่นทุ่มเทต่องานที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม มีเครือข่ายมากจนสามารถสร้างผลงานเป็นที่ประจักษ์มากมาย ผลงานส่วนใหญ่เป็นงานที่ท่านคิดริเริ่มเองเกือบทั้งหมด เช่น ขันพื้นฐานที่คิดปรับปรุงสถานที่ให้น่าอยู่ น่าทำงาน มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่ทันสมัยในการพัฒนาการผู้ป่วยหลาย ๆ วิธีการ จนปัจจุบันมีอาคารต้นแบบเพื่อเป็นศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการพัฒนาเด็กแห่งแรกของประเทศไทยที่สวยงาม ทันสมัย สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนครินทร์ มีห้องสมุดที่นอกจากจะมีหนังสือแล้ว ยังมีของเล่นให้ยืมกลับบ้านเพื่อใช้ในการพัฒนาการเด็กตามภาวะโรค ตามวัย เป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ปกครอง ห้องสมุดได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลญี่ปุ่น จนปัจจุบันมีของเล่นเด็กมากกว่า 1,100 รายการ มีของมากกว่า 3,700 ชุด พร้อมทั้งมี

การพัฒนาผู้ป่วยครองใจให้สามารถผลิตของเล่นที่ช่วยในการพัฒนาการขึ้นใช้เองที่บ้านอีกด้วย มีการนำการวาดรูป ดนตรี ละคร มาประยุกต์ใช้ในการรักษาและพัฒนาการผู้ป่วยซึ่งได้รับการสนับสนุนจากในประเทศและต่างประเทศ ท่านเป็นผู้ริเริ่มโครงการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์พระราชทานภายใต้พระนามสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนไหว ซึ่งดูแลแบบองค์รวมทั้งกาย จิต และสังคม ได้รับการสนับสนุนจากต่างประเทศ เช่น นอร์เวย์ สหรัฐอเมริกา ญี่ปุ่น ทั้งรถเข็น ไมค์คายน์ ไมค์เท้า แก้อัศจรรย์ภัณฑ์ เป็นต้น รวมทั้งมีบุคลากรต่างชาติมาช่วยปรับให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งทำมานานกว่า 14 ปี จำนวนสิ่งของที่แจกจ่ายไปแล้วมากกว่า 10,000 รายการ มูลค่ากว่า 200 ล้านบาท



ท้ายสุดนี้ **นพ.สมัย** ได้เล่าถึงความในใจที่ถ่ายทอดมาจากส่วนหนึ่งของประสบการณ์ว่า ระหว่างกระต่ายกับเต่า คนส่วนใหญ่อยากเป็นกระต่ายที่ทำงานถึงเป้าหมายก่อน แต่ไม่ว่าเราจะเป็นกระต่ายหรือเต่า ขอให้มีความมุ่งมั่นที่จะไปให้ถึงจุดหมาย และไม่หยุดยั้งที่จะพัฒนา เพราะพี่น้องเราส่วนใหญ่อยู่ในสถานะที่ยากลำบาก ในชนบท ย่อมขยับทีละน้อยเหมือนเต่า คือเดินได้อย่างช้า ๆ เท่านั้น แต่หากไม่ย่อท้อยอมไปถึงเป้าหมายตั้งใจ อย่างเช่นในนิทานอีสป

# การตีกอล์ฟของผม



ในระยะหลายปีหลัง ผมตีกอล์ฟไม่เอาไหนเลย มีหลายสาเหตุ ตั้งแต่เริ่มแรกเลยคือ ผมมาหัดตีหลังเกษียณอายุราชการสอง ผมไม่ได้ตีเป็นประจำ สาม ผมไม่เคยได้ซ้อมเลยโดยเฉพาะในหลายปีหลัง ผมจะตีอย่างเดียว โดยไม่ไปเข้า “โรงเรียน” ซ้อมตีไม้หรือ club ที่ตีไม่ค่อยได้ สนามที่ผมตีเป็นประจำคือ สนามกีฬาของกองทัพบกที่รามอินทรา กว้นผมซึ่งมาจาก วปรอ.344 จะเล่นกันทุกอาทิตย์ (ถ้าว่าง) เดิมเคยมี 6 คน แต่ปัจจุบันนี้เนื่องจากอายุมาก (72-76 ปี) ถ้าโชคดีก็ตี 3 คน บางคนไม่ว่าง บางคนไม่สบาย บางคนภรรยาไม่สบาย ไม่มีคนใช้ จึงต้องทำตัวเป็นคนรับใช้คอยดูแลภรรยา ฯลฯ วันอาทิตย์ที่ผมควรเล่นเป็นประจำ จึงไม่ได้เล่นเป็นประจำ บางครั้งหายไป 3 เดือน ติดต่อกัน 2-3 อาทิตย์แล้วก็หายไปอีกเป็นเดือน ๆ และอีกสาเหตุหนึ่งที่ผมตีไม่ดี (เท่าที่คิดเอง) ก็คือผมเข้าสู่วัยสูงอายุมากแล้ว

ในการตีกอล์ฟ ผมอ่านหนังสือ คู่มือตี ทีวี มากมายพอสมควรว่าต้องทำอะไร ควรจะตีอย่างไรในทราย หลุมสูง (rough) ใช้ club อะไร เช่น wood หรือ iron เบอร์อะไร ถ้าตีลูกที่อยู่สูงกว่าหรือต่ำกว่าเราจะต้องตีอย่างไร แต่บางอย่างไม่ได้อ่าน หรือทำบ่อย ๆ ก็ลืมไป แต่ก็ยังจำ basic บางอย่างได้ เช่น ก่อนจะตีลูกต้องมีการ routine ต่าง ๆ ที่ต้องทำให้เป็นนิสัยคือ ตั้งให้สูงพอติดกับการตีไม้ต่าง ๆ ยืนหลังลูกและวางไม้หลังลูกประมาณ 1 ฟุต เล็งไปที่ธงให้ธง ลูกและไม้เป็นเส้นตรง แล้วจึงไปยืนขนานกับเส้นนี้แล้วจึงสวิง ควรซ้อมสวิง 1 หรือ 2 ที โดยแขนซ้ายให้ตรง ห้ามงอ ไหล่ขวาอยู่ต่ำกว่าไหล่ซ้าย หมุนรอบเอว ลากไม้ตรง ๆ มา 1 ฟุตก่อนที่จะยกขึ้น แขนซ้ายตรงตลอด ไม่งอ แขนขวายืดดอกขา ขึ้นไม้สุดดวงจนไม้ชี้ไปที่หลุม ขึ้นช้า ๆ 1, 2, 3 พอถึงยอดสวิงหยุดนิดนึงแล้วตีลงมา โดยต้องหมุนเอวก่อนแขน พุดง่าย ๆ ไม้ใช้แขนตี แต่ใช้กล้ามเนื้อทั้งตัวตี ไม้ที่ถูกลูกและส่งต่อ ผมมักจะตีลูกแล้วหยุด ซึ่งทำให้ไปไม่ไกล ควรตี “ผ่าน” ลูกไปเลย โดยต้อง “ส่งต่อ” เมื่อจบหัวไม้ต้องชี้ไปข้างหลัง ตามองดูลูกตลอดเวลา ติเสร็จมือซ้ายต้องหงายไม่ใช่คว่ำ ฯลฯ ผมคิดว่าผมพยายามทำอย่างนี้ทุกครั้งที่ตี แต่ทำไม่ได้ทุกอย่างที่ควรจะทำในคราวเดียวกัน เพราะการสวิงไม่ได้อยู่ในสายเลือด เพราะผมไม่ได้เล่นมาตั้งแต่เด็ก ร่างกายจึงจำวงสวิงที่ตีไม่ได้หรือทำยากเนื่องจากตัวแข็ง และไม่ได้ซ้อมหรือตีบ่อย ๆ ถ้าผมรู้อย่างนี้ตั้งแต่แรกผมจะเริ่มตีกอล์ฟตั้งแต่เด็ก (ฝากข้อคิดไว้ให้ท่าน

ผู้อ่านทุกท่าน) หรืออย่างน้อยถ้าไม่มีเวลา เพียงแต่ซ้อมตีกอล์ฟสัปดาห์ละครั้ง โดยไม่ต้องออกรอบ เพียงแต่ทำให้ร่างกายรู้จักวงสวิงที่ถูกต้อง เพื่อนผม คุณหมอชาญวิทย์ ตอนเป็นนิสิตแพทย์ที่ Leeds ตีตั้งแต่เป็นนิสิตแพทย์ ตีได้ดีมาก สมัยตอนที่คุณพ่อผมเล่นกอล์ฟ ผมยังพูดเสมอว่ากอล์ฟเป็นกีฬา “คนแก่” ผมไม่ตี ตั้งแต่เทนนิส ถ้าตีตั้งแต่ตอนนั้นอาจจะได้เป็นสมาชิกของสนามกรุงเทพกรีฑาฟร็อกของคุณพ่อแล้ว คุณพ่อและคุณอาจอม (พลอากาศโทจอม กุลละวณิช) เป็นผู้ร่วมก่อตั้งสนามนี้ ในที่สุดผมก็ต้องไปซื้อสมาชิกสนามนี้มาด้วยราคา 1.5 ล้านบาท เพราะผมเริ่มตีกอล์ฟและเป็นสนามประวัติศาสตร์ของครอบครัวผมและเพื่อน ๆ คุณพ่อ เช่น ตระกูลทัพพะรังสี ซึ่งต่อมารุ่นลูก (รุ่นผม) พลเอกกมล ได้เป็นนายกหลายสมัย

หลายปีหลังผมก็ออกรอบไปอย่างนั้น ไม่ได้ไปซ้อม เวลาไปก็ไม่ได้อินข้าวไปมากเป็นพิเศษ (ทั้ง ๆ ที่ผมสอนเรื่องวิทยาศาสตร์การกีฬา เรื่องอาหาร เรื่องแป้ง ว่ามีความสำคัญต่อการเล่นกีฬา) เพราะผมถือหลักว่าผมไปตีกอล์ฟเพื่อเป็นการออกกำลังกาย แพ้ชนะตีดีหรือไม่ตีไม่ดี ไม่สำคัญ ผมไปออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนัก ผมจึงไม่ค่อยกินอาหารโดยเฉพาะแป้ง (ปกติตอนเย็นจะกินผัก ปลา เป็นหลัก แต่กินข้าวน้อย) ระยะหลังนี้ผมตีไม่ดีเลย เคยตีได้ประมาณ 50 ครั้งต่อ 9 หลุม บางที 46-49 แต่ระยะหลังตีแย่มาก ตีถึง 60 ครั้งต่อ 9 หลุม โดยเฉพาะเมื่อ 6 วันที่แล้วที่มีการจัดการแข่งกอล์ฟหาทุนให้มูลนิธิคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ผมเป็นเลขานุการที่ Riverdale ผมตีไม้ 1, 3 ฯลฯ ไม่ได้เลย ตีอย่างไม่สนุก ไม่มีเชื่อมั่น ตีได้ 58, 58 ซึ่งแย่มากสำหรับผม และผมไม่ใช่ไม้ 1 เลย เพราะตีไม้ไม่ได้ ใช้ไม้ 3 ตอนทีออฟ และบน fairway ใช้ไม้ 5 หรือส่วนใหญ่ใช้ไม้ 7 หรือ 9 ด้วยซ้ำไป แต่ก็ยังตีไม่ได้อยู่ดี ส่วนเหล็กผมตีไม่ได้เลย ยกเว้นเหล็กสั้นคือ 9 ขึ้นไป คือตี (พอ) ได้เฉพาะเหล็ก 9, pitching, sand, lob แต่ตีเหล็ก 8, 7, 6 ฯลฯ ไม่ได้ บางทีระยะ 120 หลา ผมต้องใช้ไม้ 9 ตี ซึ่งโชคดีที่ผมยังพอตีไม้ 9 ได้แม่นยำพอสมควร

ฉะนั้นระยะหลังที่ผมตีไม่ดี ผมโทษว่าเพราะผมไม่ค่อยตี ไม่ค่อยซ้อม และเพราะแก่มากขึ้นแล้ว ฯลฯ รู้สึกว่าจะปลงว่าเป็นเรื่องของความสูงอายุนานที่สุด แต่ปัจจุบันนี้คิดว่าสูงอายุไม่เกี่ยวเลย ถ้าเรามีร่างกายที่แข็งแรงพอสมควร







# โครงการ เดอะซี ศรีราชา

## ชีวิตกับความลงตัว ที่สัมผัสได้ทุกวัน

บนโค้งหาดที่สวยงามที่สุดในศรีราชา ซึ่งเป็นที่ตากอากาศริมทะเลที่เงียบสงบแต่ยังคงมีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เป็นเอกลักษณ์ ที่ซึ่งคุณและครอบครัวสามารถหลีกเลี่ยงความวุ่นวาย และใช้ชีวิตหรือพักผ่อนได้อย่างเต็มที่ทุกวันท่ามกลางความงามของธรรมชาติ พร้อมด้วยสิ่งอำนวยความสะดวกครบครัน

สำหรับโครงการ เดอะซี ศรีราชา ได้ผ่านการอนุมัติการประเมินผลกระทบสิ่งแวดล้อม EIA เป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยเมื่อเร็ว ๆ นี้ นางวันเพ็ญ ธนธรรมสิริ กรรมการผู้จัดการ บริษัท เวลธ์ ดีเวลลอปเปอร์ จำกัด และคณะผู้บริหารของบริษัทฯ ได้จัดพิธีวางศิลาฤกษ์ก่อสร้าง โดยได้รับเมตตาจาก เจ้าประคุณสมเด็จพระพุฒาจารย์ วัดสุทัศน์สุทนต์ เป็นประธานในพิธีวางศิลาฤกษ์ และเริ่มงานก่อสร้างแล้ว คาดว่าจะก่อสร้างแล้วเสร็จประมาณปลายปี 2560

โครงการ เดอะซี ศรีราชา เป็นคอนโดมิเนียมสูง 39 ชั้น 585 ยูนิต ออกแบบสไตล์โมเดิร์นเซน (Modern Zen) ที่ผสมผสานความเรียบง่ายและทันสมัยได้อย่างลงตัว ตั้งอยู่บนทำเลที่ดีมีศักยภาพสูงของศรีราชา ติดถนนสุขุมวิทและอีกด้านติดทะเลเดินทางสะดวก ระยะทางไม่ไกลจากกรุงเทพฯ ใกล้สถานที่ท่องเที่ยว โรงพยาบาลสนามกอล์ฟ และสถานศึกษาชื่อดังหลายแห่ง ด้านหน้าอาคารหันเข้าสู่ท้องทะเลด้านหลังโอบกอดด้วยทิวเขาตามศาสตร์ฮวงจุ้ย ด้วยมุมมองพาโนรามาและเพดานสูง 2.75 เมตร พร้อมสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น สระว่ายน้ำยาว 30 เมตร พร้อมออนเซน สโตร์ญี่ปุ่น ร้านอาหารมุมมอง 270 องศา สวนสวยสไตล์ ZEN สกายการ์เดน และวอเตอร์สเคปบนชั้น 39 มีให้เลือกตามไลฟ์สไตล์ ทั้งแบบ 1 ห้องนอน 2 ห้องนอน 3 ห้องนอน และแบบเพนท์เฮาส์ เป็นต้น

ด้วยความเหนือระดับของโครงการฯ บวกกับศักยภาพของตลาดที่พักอาศัยในศรีราชาที่มีอัตราการเติบโตและขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้โครงการเดอะซี ศรีราชาเป็นที่สนใจของนักลงทุนเนื่องจากให้ผลตอบแทนสูงเทียบเท่าสุขุมวิทแต่ใช้เงินลงทุนน้อยกว่า



นางวันเพ็ญ ธนธรรมสิริ  
กรรมการผู้จัดการ บริษัท เวลธ์ ดีเวลลอปเปอร์ จำกัด



ม.ล.วราภา ชุมพล วันเพ็ญ ธนธรรมสิริ ณพอนา เทวกุล ณ อยู่ธาดา  
ม.ร.ว.สุทธิดาณี ยุคล





เลือกครดให้สใจ  
เลือกได้ในตลาดดรด

คู่มือเพื่อการซื้อ-ขาย บริการธุรกิจแวดวงขนตากรรมกรบวงจร

สันโดสโสมพะณาทิตตอ **02-435-2345** ฝายโสมพะณา  
 ตอ **119, 133, 137, 149**

## เตือนวิกฤติโรคมะเร็งสหัสราอาณาจักร

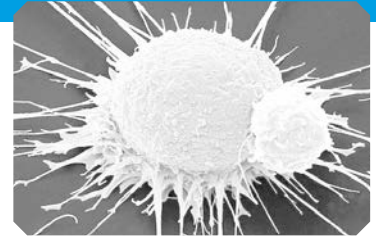
**ปีปีซี - องค์การการกุศลเพื่อผู้ป่วยมะเร็งเดือนปี พ.ศ. 2558 จะมีผู้ป่วยมะเร็งในสหราชอาณาจักรสูงเป็นประวัติการณ์ถึง 2.5 ล้านคน**

ผลสำรวจโดย Macmillan Cancer Support ชี้ว่า อัตราผู้ป่วยมะเร็งที่สูงขึ้นอย่างไม่เคยพบมาก่อนจะส่งผลให้เกิดวิกฤติผู้ป่วยล้นมือจนไม่สามารถบริหารการรักษได้ และจำเป็นที่ฝ่ายการเมืองจะต้องหามาตรการรับมืออย่างเร่งด่วน และสาเหตุของปัญหาผู้ป่วยมะเร็งล้นดังกล่าวส่วนหนึ่งเป็นผลจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น รวมถึงความก้าวหน้าด้านการตรวจวินิจฉัยและอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยมะเร็งที่สูงขึ้น

เจ้าหน้าที่ของ Macmillan Cancer Support กล่าวว่า ความก้าวหน้าด้านการรักษาผู้ป่วยมะเร็งกำลังเป็นดาบสองคม

ที่จะส่งผลให้อุปสงค์ต่อบริการสาธารณสุขเติบโตขึ้นอย่างก้าวกระโดด โดยประเมินว่า 1 ใน 4 ของผู้ป่วยมะเร็งในสหราชอาณาจักรจะยังคงต้องพึ่งการดูแลรักษาของสถาบันสุขภาพแห่งชาติต่อไปแม้หายขาดจากมะเร็งแล้ว

อีกด้านหนึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเปิดเผยว่า ปัจจุบันอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยมะเร็งในอังกฤษอยู่ระดับสูงสุดเป็นประวัติการณ์ตามที่สามารถลดการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งได้กว่า 500,000 รายตลอดช่วง 5 ปีที่ผ่านมา และยืนยันว่าสถาบันสุขภาพแห่งชาติของอังกฤษได้พยายามปรับปรุงมาตรฐานการตรวจวินิจฉัย รวมถึงปรับปรุงแนวทางการรักษาและการฟื้นฟูแก่ผู้ป่วยอย่างดีที่สุด



## จีนคลายเครือข่ายค้าหมูป่วยตาย

ประกอบด้วยกลุ่มบุคคล 11 กลุ่มซึ่งได้วิธีกักขังซื้อหมูป่วยตายจากฟาร์มปศุสัตว์ในราคาถูกเพื่อนำมาจำหน่ายในหลายมณฑล รวมถึงนำเข้าสู่กระบวนการแปรรูปเป็นเบคอนหรือน้ำมันหมู และกลุ่มผู้ต้องสงสัยใช้วิธีติดสินบนเจ้าหน้าที่ตรวจสอบเพื่อขอใบรับรองคุณภาพอาหาร

**รอยเตอร์ส - จีนจับผู้ต้องสงสัยเครือข่ายค้าเนื้อหมูป่วยตายกว่า 110 คน โดยยึดเนื้อหมูของกลางได้กว่า 1,000 ตัน**

กระทรวงรักษาความสงบภายในของจีนเปิดเผยว่า เครือข่ายค้าเนื้อหมูป่วยตายดังกล่าว

ประเด็นความปลอดภัยด้านอาหารยังคงเป็นปัญหาสำคัญของจีนหลังเกิดคดีอื้อฉาวหลายครั้ง รวมถึงเหตุนมผงทารกปนเปื้อนและลักลอบจำหน่ายเนื้อลาซึ่งทำให้บริษัทสินค้าอุปโภคบริโภคต่างชาติพลอยได้รับผลกระทบไปด้วย อนึ่ง หลังจากการเปิดเผยเหตุหลายเครือข่ายค้าเนื้อหมูป่วยตายดังกล่าว สำนักงานความปลอดภัยด้านอาหารของจีนได้ออกมายอมรับว่ามาตรฐานความปลอดภัยด้านอาหารและยาของจีนยังคงมีปัญหา และรับปากจะกวาดล้างการดูแลให้เข้มงวดยิ่งขึ้น

## คิดบวกลดความเสี่ยงโรคหัวใจ

**เอ็มเอสเอ็น - การมองโลกในแง่ดีเป็นปัจจัยสำคัญช่วยลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ถึง 2 เท่า**

ผลการศึกษาในวารสาร Health Behavior and Policy Review รายงานผลจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกว่า 5,000 คน ซึ่งว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการมองโลกในแง่ดีสูงสุดมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดแข็งแรงสมบูรณ์สูงกว่ากลุ่มที่มองโลกในแง่ร้ายราว 2 เท่า และความสัมพันธ์ดังกล่าวยังคงเห็นชัดหลังปรับตามลักษณะด้านสังคม-ประชากร และปัญหาสุขภาพจิต

ข้อมูลการศึกษาได้จากการติดตามสุขภาพหัวใจและหลอดเลือดเป็นเวลา 11 ปี โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 และวิเคราะห์จากปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย อาหาร การออกกำลังกาย สูบบุหรี่ ระดับคอเลสเตอรอลและน้ำตาลในเลือดจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีอายุระหว่าง 45-84 ปี ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่า การมองโลกในแง่ดีสัมพันธ์กับผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของ



ปัจจัยแต่ละตัว

ข้อมูลจากการศึกษานี้เป็นหลักฐานอีกชิ้นหนึ่งที่สนับสนุนแนวคิดเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพกายต่อสุขภาพทางจิตและอารมณ์ และการมองโลกในแง่ดีเป็นตัวชี้วัดทางจิตซึ่งสัมพันธ์อย่างเห็นได้ชัดกับความเสี่ยงที่ต่ำลงต่อการเกิดเหตุการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด



## กดดันสเปนปรับปรุงรักษาตัวอหิวาต์

**เอเอฟพี -** ทางการสเปนประกาศเพิ่มมาตรการรักษาโรคตัวอหิวาต์ หลังประชาชนไว้วางใจเจ้าหน้าที่ขัดขวางการเข้าถึงยาใหม่

กระทรวงสาธารณสุขสเปนแถลงว่า คณะกรรมการการดูแลสุขภาพใหม่ จะทำหน้าที่ยกร่างรายละเอียดการรักษาทั้งขอบเขตของโรคและเกณฑ์ทางคลินิก เพื่อที่จะนำยาซึ่งผ่านการรับรองใช้ล่าสุดเข้าสู่แผนการรักษา อย่างไรก็ตาม การแถลงการณ์ไม่ได้ระบุว่าสเปนจะขยายขอบเขตการเข้าถึงยาโรคตัวอหิวาต์ใหม่ตามที่ประชาชนร้องขอหรือไม่

การประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการการยกร่างอันประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ ผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีขึ้นหลังการชุมนุมประท้วงของกลุ่มผู้ป่วยโรคตัวอหิวาต์ซึ่งโจมตีนโยบายลดรายจ่าย

ว่าเป็นการปิดประตูไม่ให้ผู้ป่วยนับหมื่นเข้าถึงยา เนื่องจากยารุ่นใหม่นั้น แม้จะมีประสิทธิภาพดีกว่ายาเดิมอย่างเห็นได้ชัด แต่ก็มีความท้าทายต่อหัวสูงถึงหลายหมื่นยูโร

ประเมินว่าสเปนมีผู้ป่วยโรคตัวอหิวาต์ราว 50,000 คน แต่อาจมีผู้ติดเชื้อโดยไม่รู้ตัวสูงถึงหลัก 700,000 คน ทำให้เจ้าหน้าที่ระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขต้องออกมาแถลงว่า ทางการจะจัดสรรงบประมาณสำหรับยารักษาโรคตัวอหิวาต์โดยประเมินจากเหตุผลด้านการแพทย์ และจะไม่พิจารณาด้วยเหตุผลด้านเศรษฐกิจหรือการเมือง

## ทำงานหนักพาเสียงติ่มจัด



**เอเอฟพี -** เชื้อเอชไอวี! การทำงานหนักเกินไปเป็นตัวการพาหลวงขอ และจะยิ่งบั่นทอนสุขภาพในระยะยาว

ข้อมูลจากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกว่า 400,000 คน ในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วพบว่า ผู้ที่ทำงานเกินสัปดาห์ละ

48 ชั่วโมงอันเป็นมาตรฐานชั่วโมงทำงานสูงสุดของสหภาพยุโรปมีแนวโน้มสูงกว่าต่อการดื่มเหล้าในปริมาณที่เสี่ยงต่อสุขภาพ โดยข้อมูลซึ่งรายงานในวารสาร The BMJ ยังชี้ด้วยว่า ชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานส่งผลให้แนวโน้มการดื่มเหล้าโดยรวมสูงขึ้นราวร้อยละ 11

ด้านผู้เชี่ยวชาญกล่าวว่า แม้ความเสี่ยงการดื่มเหล้ามากเกินไปจากการทำงานหนักยังคงอยู่ในระดับต่ำกว่าเมื่อเทียบกับการว่างงาน แต่ก็ถือว่าการทำงานหนักเกินไปเป็นปัจจัยที่ไม่ควรมองข้ามในฐานะที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหรือพฤติกรรมบ่อนทำลายสุขภาพซึ่งสามารถหลีกเลี่ยงได้ ขณะเดียวกัน ข้อมูลนี้ก็เป็นหลักฐานอีกชิ้นหนึ่งที่ยืนยันว่าคนทำงานหนักมักใช้เหล้าเป็นเครื่องปลอบประโลมความเครียดจากการทำงาน รวมถึงใช้ประสานระหว่างที่ทำงานและชีวิตส่วนตัว

## จีนส่งแพทย์กองหนุนสู้ไวรัสโคโรนา

**เอพี -** จีนส่งแพทย์ทหาร 232 นายสมทบต่อสู้ไวรัสโคโรนาในภูมิภาคแอฟริกาตะวันตก

หนังสือพิมพ์ China Daily เปิดเผยว่า แพทย์ทหารได้รับมอบหมายร่วมภารกิจในไลบีเรียและเซียร์ราลีโอน โดยจะสมทบกับแพทย์ทหารชุดที่ลงพื้นที่ก่อนหน้าและผู้เชี่ยวชาญจากศูนย์ควบคุมโรคติดต่อจีนซึ่งกำลังปฏิบัติหน้าที่รักษาผู้ป่วยและฝึกอบรมเจ้าหน้าที่การแพทย์ท้องถิ่นอยู่ในเซียร์ราลีโอน

ทีมหน่วยแพทย์ของจีนนั้นขึ้นชื่อว่ามีประสิทธิภาพรับมือกับโรคระบาดมาอย่างโชกโชน โดยเฉพาะโรคซาร์สและไข้หวัดนก และนอกเหนือจากการสนับสนุนด้านบุคลากรแล้ว ทางการจีนยังได้สมทบเงินและสิ่งของเพื่อร่วมรับมือไวรัสโคโรนาอีกโดยคิดเป็นมูลค่า 121 ล้านดอลลาร์ ขณะเดียวกันจีนก็กำลังพิจารณาขยายความร่วมมือด้านมนุษยธรรมและการทูตกับแอฟริกาให้มั่นคงยิ่งขึ้น



# ภาษาฉัน

วิธีการเตือนคนเมื่อเขาทำผิดใด ๆ ลงไป  
อาจเลือกบอกสิ่งที่เราคิดออกไปแทนการตำหนิเขา  
เพราะเขาอาจมีเหตุผลบางอย่างที่เลือกกระทำไป  
ซึ่งเราควรเลือกใช้...ภาษาฉัน...เพื่อบอกว่า  
เราคิดอย่างไรต่อสิ่งที่เขาลงไป อันเป็นความรู้สึกแท้จริง  
ที่เรารู้สึกต่อการกระทำของเขา โดยไม่กล่าวโทษ  
หรือคิดแทนเขา...ภาษาเขา...ซึ่งเราย่อมไม่รู้ถึงเหตุผล  
หรือความรู้สึกแท้จริงของเขา

เมื่อเราทำงานร่วมกับผู้คนหลากหลายก็ย่อมมีปัญหากระทบกระทั่ง หรือมีความเห็นไม่ตรงกันขึ้นมาเป็นธรรมดา หลายครั้งผู้ร่วมงานอาจทำไม่ถูกในสายตาของเรา แต่การที่เราจะไปถกเถียงให้รู้ตัวรู้แฉว่าใครเป็นคนผิดหรือถูกก็ย่อมเกิดปัญหาตามมา

วิธีการเตือนคนเมื่อเขาทำผิดใด ๆ ลงไป อาจเลือกบอกสิ่งที่เราคิดออกไปแทนการตำหนิเขา เพราะเขาอาจมีเหตุผลบางอย่างที่เลือกกระทำไป ซึ่งเราควรเลือกใช้...ภาษาฉัน...เพื่อบอกว่าเราคิดอย่างไรต่อสิ่งที่เขาลงไป อันเป็นความรู้สึกแท้จริงที่เรารู้สึกต่อการกระทำของเขา โดยไม่กล่าวโทษหรือคิดแทนเขา...ภาษาเขา...ซึ่งเราย่อมไม่รู้ถึงเหตุผลหรือความรู้สึกแท้จริงของเขา

เช่น ถ้าลูกน้องไม่รับผิดชอบงานที่มอบหมายไป ใน...ภาษาเขา...ก็จะพูดว่า

“ทำไมคุณไม่รับผิดชอบ ถ้าทำไม่ได้ก็ไม่ควรรับปากทำตั้งแต่ต้น พอคุณรับปากว่าจะทำแต่กลับไม่ส่งตามเวลาจนทำให้เกิดผลเสียหายต่อทีมงานแบบนี้ คุณจะรับผิดชอบอย่างไร”

การพูดเช่นนี้เป็นการคิดแทนเขาโดยไม่รู้ว่าเขามีเหตุผลอะไรที่รับปากทำงาน เขามีเหตุผลอะไรที่ส่งงานไม่ทันตามกำหนด และท้ายสุดเขาต้องรับผิดชอบอะไรบ้าง สิ่งเหล่านี้เราคิดแทนเขาโดยไม่ทราบว่าแท้จริงเขาคิดอย่างไร ทำให้เขาเกิดอารมณ์ได้เถียงขึ้นมาด้วยความรู้สึกที่ถูกเราใส่ร้าย

แต่กลับกันถ้าเราใช้...ภาษาฉัน...พูด ก็จะเป็นดังนี้

“ฉันรู้สึกเสียใจที่คุณทำงานไม่ทัน ฉันคาดหวังว่าคุณรับปากแล้วก็จะเสร็จไปตามนั้น ฉันกังวลว่าจะมีผลเสียหายตามมากับทีม ฉันกลัวว่าทีมงานต้องรับผิดชอบความเสียหายครั้งนี้” ทั้งหมดเป็นการพูดสิ่งที่เราคิดและรู้สึกอย่างแท้จริง ซึ่งเขาย่อมปฏิเสธไม่ได้เพราะเป็นสิ่งที่เรารู้สึกอย่างแท้จริง

ภาษาฉันจะพูดเฉพาะสิ่งที่ฉันคิด อันจะทำให้เขารับฟังและเข้าใจได้มากกว่าการใช้ภาษาเขาที่เป็นการพูดแทนเขา ซึ่งเขาย่อมคิดว่าเราไม่เข้าใจในตัวเขา แล้วจะมาพูดแทนเขาจนดูเหมือนคิดไปเองได้อย่างไร อันทำให้เขาต้องหาเหตุผลมาโต้แย้งจนเกิดการทะเลาะขึ้นมาได้

หัวหน้าพยาบาลของห้องฉุกเฉินท่านหนึ่งเล่าว่า มีกรณีพี่น้องพยาบาลมาแจ้งว่า แพทย์ท่านหนึ่งชอบดูว่าพยาบาลที่มาทำงานร่วมกัน ทำให้ไม่อยากร่วมงานกับแพทย์ท่านนี้

**“จริงหรือครับ ผมไม่ได้ต้องการทำให้น้องพยาบาลเสียใจ หรือดูถูกวิชาชีพแต่อย่างใด ผมก็รู่ว่าน้องพยาบาล ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ดีขึ้นเหมือนกับผม ผมไม่คิดว่าจะทำให้น้องพยาบาลเสียใจใด ๆ นะครับ ผมต้องขอโทษด้วยจริง ๆ”**



หัวหน้าพยาบาลจึงหาวิธีพูดกับแพทย์ท่านนั้นว่า  
“คุณหมอคะ ทั้งแพทย์และพยาบาลก็ล้วนทำงาน เพื่อให้คนไข้หายดี ซึ่งเป็นเป้าหมายของทุกคน การดูว่า น้องพยาบาล ทำให้น้อง ๆ รู้สึกด้อยค่าในตัวเอง เสียใจที่ถูก มองข้ามความปรารถนาดี ทำให้น้องพยาบาลรู้สึกไม่ภูมิใจ ในวิชาชีพ ในเมื่อเป้าหมายของทุกคนทั้งคุณหมอและพยาบาล ก็ล้วนต้องการช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น การถูกดูว่าทำให้น้องพยาบาลเสียใจมาก”

“จริงหรือครับ ผมไม่ได้ต้องการทำให้น้องพยาบาลเสียใจหรือดูถูกวิชาชีพแต่อย่างใด ผมก็รู่ว่าน้องพยาบาล ต้องการช่วยเหลือผู้ป่วยให้ดีขึ้นเหมือนกับผม ผมไม่คิดว่าจะทำให้น้องพยาบาลเสียใจใด ๆ นะครับ ผมต้องขอโทษ ด้วยจริง ๆ”

ทั้งนี้เพราะหัวหน้าพยาบาลพูดถึงความรู้สึกเสียใจของน้องพยาบาลที่เกิดขึ้นจริงโดยไม่ได้กล่าวโทษหรือ คิดแทนแพทย์ ย่อมเป็นความจริงที่แพทย์เถียงไม่ได้ อันทำให้แพทย์ไม่ต้องคิดข้อแก้ตัวมาได้เถียง จึงทำได้แต่เพียง แสดงความเสียใจที่ได้ทำร้ายจิตใจของน้องพยาบาลไปโดยไม่ตั้งใจ

แต่ถ้าหัวหน้าพยาบาลพูดโดยใช้ภาษาเขา (พูดเดาความรู้สึกของแพทย์) นั่นคือพูดว่า

“หมอใจร้ายไม่คำนึงถึงน้องพยาบาล ทั้งที่พวกเราเป็นทีมเดียวกันแต่หมอลกลับสนใจแต่ผู้ป่วย จนกระทั่ง มาดูว่าน้องพยาบาลอย่างนี้ ก็ทำให้หมอดูไม่เป็นผู้ใหญ่เลย”

การใช้ภาษาเขาย่อมทำให้แพทย์หาเหตุผลมาได้เถียงว่าเขาไม่ได้รู้สึกหรือคิดแบบนั้น และหัวหน้าพยาบาล คิดเดาไปเอง ในที่สุดก็ย่อมเกิดการโต้เถียงกันไปมา

เมื่อไม่นานมานี้ ฉันก็พบกับพยาบาลรายหนึ่งที่ใช้....ภาษาฉัน...จนทำให้ฉันพูดเถียงไม่ออก

เรื่องมีอยู่ว่า ฉันได้พูดคุยพยาบาลรายนี้ว่าทำงานแบบสะเปะสะปะและไม่มีเป้าหมาย

เธอตอบกลับมากว่า “หนูรู้สึกเสียใจมากที่อาจารย์ว่าหนู หนูรักเคารพอาจารย์มากและรู้สึกดีที่ได้ร่วมงาน กับอาจารย์มาตลอด หนูตั้งใจที่จะช่วยทำงานนี้ให้สำเร็จ แต่หนูมีความรู้่น้อยจึงทำได้เพียงแค่นี้ แต่หนูก็ตั้งใจ จะทำให้อาจารย์อย่างดีที่สุด หนูเสียใจที่มีความสามารถไม่ถึง”

หลังจากเธอกล่าวจบประโยค ฉันก็ได้แต่ฮึดพูดไม่ออก ฉันรู้สึกเสียใจด้วยความรักและรู้สึกดี ๆ ที่เธอมีให้ฉัน ฉันระลึกได้ในทันทีว่าเธอตั้งใจทำงานจริง ๆ หลายครั้งเธอพยายามถามฉันว่าจะทำอย่างไรต่อไป แต่เนื่องจาก ฉันยุ่งมากจึงไม่ได้ตั้งใจช่วยสอนเธอ เพียงแต่พยักหน้าอือออไปตามเรื่องโดยไม่ตั้งใจฟังอย่างแท้จริง จนทำให้ เธอเข้าใจผิดว่าควรทำไปเช่นนี้ พอเกิดความผิดพลาดขึ้นมา เธอก็ไม่ได้กล่าวโทษฉันแม้แต่คำเดียว เธอได้แต่พูดว่า เธอรู้สึกเสียใจมากมาอย่างไร อันทำให้ฉันรู้สึกผิดมากขึ้นจนทำได้แต่เพียงกล่าวขอโทษเธอออกมาเพราะไม่อยาก สูญเสียความรู้สึกดี ๆ ที่เธอมอบให้ฉัน

นี่แหละ...อิทธิพลของ....ภาษาฉัน



# มองอนาคตมาตรฐานการแพทย์ไทยด้วยความหวังใจ (ตอนที่ 4)

## ความขัดแย้งระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ในช่วงปลายปีงบประมาณ 2557 เป็นช่วงที่รัฐบาลใหม่ภายใต้ นายกรัฐมนตรี พลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา ได้แต่งตั้งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขจากข้าราชการประจำของมหาวิทยาลัยคือ ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน โดยมีรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข คือ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และก็มีกระแสข่าวแพร่หลายในหนังสือพิมพ์ และสื่อมวลชนรวมทั้งสื่อออนไลน์ต่าง ๆ ว่า มีศึกเสือกนาระหว่าง กระทรวงสาธารณสุขกับ สปสช.<sup>(1)</sup> ซึ่งพอสรุปได้ว่า มีความขัดแย้งระหว่างกระทรวงสาธารณสุขที่มีโรงพยาบาลในสังกัดหลายร้อยแห่งทั่วประเทศที่ต้องให้บริการแก่ประชาชนที่มีสิทธิในโครงการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (หรือที่เรียกกันอย่างไม่แพร่หลายว่า ระบบ 30 บาท) และหมอตระกูล ส. “พีใหญ่” ของแพทย์ชนบท ซึ่งก็คือองค์กรอิสระในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรตระกูล ส. อย่างสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) และ สปสช. - See more at: <http://www.hfocus.org/content/2014/10/8337#sthash.WCP3ygSt.dpuf>

ซึ่งในท้ายที่สุด หมอตระกูล ส. ได้รับการแต่งตั้งให้เข้ามาเป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขคือ นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และ ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน ได้เข้ามาเป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข นับว่าเพราะทหารคิดว่า ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน เป็นคนกลางจะได้มา “หย่าศึกตระกูล ส. และ สธ.”

แต่ปรากฏว่าตระกูล ส. ฉลาดกว่า ได้ส่งคนของตนเองเข้ามา

อยู่ทั้งเบื้องหน้า (ที่ปรึกษาหรือคณะเลขาฯ รัฐมนตรี) และเบื้องหลัง (โดยไม่แต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งโดยเปิดเผย) ของรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข จนถึงได้ว่า ท่าน รมว.ได้ตกอยู่ภายใต้อาณัติของกลุ่มตระกูล ส. ไปเรียบร้อยแล้ว กล่าวคือรับฟังแต่ข้อมูลจากฝ่าย สปสช. และตระกูล ส. เท่านั้น ไม่ได้รับฟังข้อมูลจากปลัดและข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นผู้ต้องทำงานให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่ประชาชน

ทั้งนี้เห็นได้จากคำสั่งของ รมว.สธ. ที่แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการตรวจสอบและปรับปรุงสถานะทางการเงินของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข<sup>(2)</sup> โดยมี นพ.ยุทธ โพธารามิก อดีตรองปลัดกระทรวงสาธารณสุขมาเป็นประธานกรรมการตรวจสอบหาสาเหตุว่าเหตุใดโรงพยาบาลจึงขาดทุน แต่ไม่ได้รับความร่วมมือจากข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับแต่งตั้งเป็นกรรมการในคณะนี้<sup>(3)</sup> โดยทำหนังสือว่าไม่เข้าประชุม ทำให้ประธานกรรมการลาออก เพราะไม่สามารถจะทำงานตามที่รัฐมนตรีมอบหมายได้

ทั้งนี้ สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.) ได้ออกหนังสือรายงานของผู้ตรวจสอบบัญชีลงวันที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2556 โดยมีข้อสังเกตเกี่ยวกับการใช้งบประมาณไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ เช่น นำงบค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไปใช้ในการปฐมนิเทศบุคลากรที่จบใหม่ไปเป็นเงินที่นำไปจ้างบุคลากร หรือการใช้จ่ายเงินค่าเสื่อมไปใช้เพื่อการก่อสร้าง ซ่อมแซม ปรับปรุงที่พักอาศัยของข้าราชการและเจ้าหน้าที่

สตง. มีความเห็นว่า...การกระทำเช่นนี้เกิดความเสียหายแก่ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมเป็นเงิน 560,325,894.35 บาท และเสนอแนะให้มีสำนักงานพิจารณาดำเนินการตามพระราชบัญญัติ ความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 โดยให้มีการแต่งตั้ง คณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดทางละเมิดเพื่อหาผู้รับผิดชอบ กับเงินจำนวนดังกล่าว - See more at: <http://www.hfocus.org/content/2014/12/8942#sthash.AFD9aQut.dpuf>

แต่ สปสช. ชี้แจงไปว่าสามารถทำได้ ซึ่งผู้เขียนบทความนี้เกิดความสงสัยอยากจะได้คำตอบไปยังคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ตั้งกรรมการ ตรวจสอบการบริหารของเลขาธิการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือไม่/อย่างไร เนื่องจากในพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตรา 31 ได้กำหนดให้มีเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (เลขาฯ สปสช.) ทำหน้าที่เป็นหัวหน้าสำนักงาน เลขาธิการ สปสช. โดยได้บัญญัติไว้ว่าสำนักงานเลขาธิการเป็นผู้รับผิดชอบ การบริหารกิจการของสำนักงานให้เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ข้อกำหนด นโยบาย มติ และประกาศของคณะกรรมการ และเป็นผู้บังคับบัญชาเจ้าหน้าที่และลูกจ้างของสำนักงานทุกแห่ง ฉะนั้น เลขาธิการ สปสช. จะทำอะไรก็ต้องไม่ขัดต่อกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ ข้อกำหนด นโยบาย มติ และประกาศของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

หมายความว่า คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ คือผู้บังคับบัญชาโดยตรงของเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจะต้องสอบสวนและพิจารณาการทำงานของเลขาธิการ สปสช. ตามที่ สปสช. ชี้มูลว่ามีความผิดตามที่ สตง. ชี้มูลหรือไม่ และ จะทำอย่างไรเพื่อแก้ไขปัญหาเหล่านั้นต่อไป จะทำตามที่ สตง. แนะนำ หรือไม่ กล่าวคือเสนอแนะให้มีสำนักงานพิจารณาดำเนินการตาม พระราชบัญญัติความรับผิดทางละเมิดของเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2539 โดยให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสอบข้อเท็จจริงความรับผิดทางละเมิด เพื่อหาผู้รับผิดชอบกับเงินจำนวนดังกล่าว

เปรียบเทียบกับเมื่อเร็ว ๆ นี้ ในกรณีนี้ที่สำนักงานตรวจเงินแผ่นดิน (สตง.)<sup>(4)</sup> ได้ตรวจพบความผิดปกติของการบริหารเงินโดยตรวจพบ ความผิดปกติในการบริหารจัดการงบประมาณจัดงานพระราชทานเพลิงศพ สมเด็จพระพุฒาจารย์ (เกี่ยว อุปเสโณ) อดีตเจ้าอาวาสวัดสระเกศฯ และอดีตประธานคณะผู้ปฏิบัติหน้าที่สมเด็จพระสังฆราช ส่งผลให้พระพรหมสุธี (หรือเจ้าคุณสนา) ในขณะที่ดำรงตำแหน่งเจ้าอาวาสวัดสระเกศฯ และมีอำนาจเบิกจ่ายบงฯ ดังกล่าว ส่งผลให้มหาเถรสมาคม มีมติปลดเจ้าคุณสนาออกจากตำแหน่งกรรมการมหาเถรสมาคม และถูกสั่งพักงานในตำแหน่งเจ้าอาวาสวัดสระเกศฯ และเจ้าคณะภาค 12 ต่อมาได้ถูกสั่งปลดจากตำแหน่งประธานสำนักงานกำกับดูแลพระธรรมทูตไปต่างประเทศอีกตำแหน่งหนึ่ง ทำให้เจ้าคุณสนาไม่เหลือตำแหน่งทางการปกครองสงฆ์แล้ว ทั้งนี้โฆษกมหาเถรสมาคมชี้สาเหตุเพื่อให้เกิดความโปร่งใสในการตรวจสอบของ สตง.

นอกจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มี

ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน เป็นประธานกรรมการจะไม่ดำเนินการใด ๆ ตามที่ สตง. ชี้มูลแล้ว เมื่อคณะกรรมการตรวจสอบการใช้งบประมาณ ภาครัฐ (คตร.) ของ คสช. ได้เชิญให้ ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน ไปชี้แจง เรื่องการใช้งบประมาณของ<sup>(6)</sup> ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน ก็ปฏิเสธว่าไม่รู้เรื่อง จน คตร. ต้องเชิญปลัดกระทรวงสาธารณสุขไปชี้แจงแทน<sup>(7)</sup>

แต่แทนที่จะมีการสอบสวนหรือตรวจสอบการใช้งบประมาณ ของ สปสช. กลับมีการออก “สมุดปกขาว” ของ สปสช.<sup>(7)</sup> เพื่อชี้แจง การใช้งบประมาณ

มีคำถามเหมือนกันว่า การออกสมุดปกขาวนี้ เลขาธิการ สปสช. ได้ขออนุมัติจากคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือไม่? หรือทำเองโดยไม่ได้เสนอขออนุมัติ ซึ่งก็มีคำถามอีกว่า เลขาธิการ สปสช. สามารถทำได้โดยไม่ต้องขออนุมัติหรือไม่?

เลขาธิการ สปสช. ยังกล่าวอีกว่ามีการให้ข้อมูลเปิดเผยเป็นใจดี ทั้งประเด็นโรงพยาบาลขาดทุน และการให้งบสนับสนุนหน่วยงานที่ไม่ใช่โรงพยาบาล ยืนยันความเข้าใจผิด เชื่อหลังจากนี้คงไม่มีการ ตัดตอนเปิดเผยข้อมูลให้ร้ายกันอีก หมายความว่าใครบ้างที่เปิดเผย ข้อมูลและใจดี?

ต่อไปจะวิเคราะห์/วิจารณ์ สมุดปกขาวของ สปสช.



#### เอกสารอ้างอิง

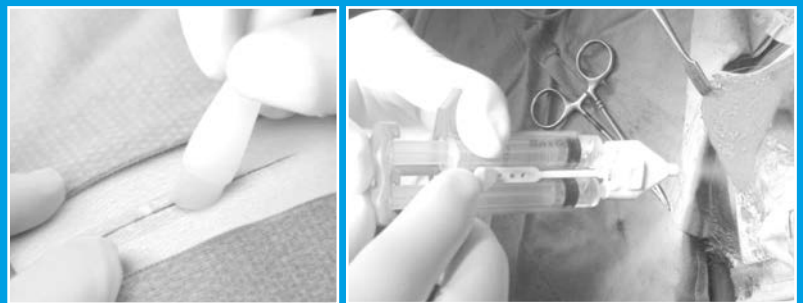
1. <http://www.hfocus.org/content/2014/10/8337> ศึกษากรณี หมอตระกูล ส. ปะทะปลัด-สสจ. ทั่วประเทศ
2. <http://www.thaipost.net/news/171214/100517> หมอรัชตะ ตั้งคณะกรรมการหาสาเหตุ ร.พ.ขาดทุน
3. <http://www.hfocus.org/content/2014/12/8942> สธ.ทำรบ สปสช. คสช.คืนความสุข คณะกรรมการอำนวยการตรวจสอบและปรับปรุง สถานะทางการเงินของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขก็ไม่ได้ผล คงต้องตีกลับไปที่ ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รมว. สาธารณสุข ในฐานะผู้บังคับบัญชาของทั้งสองหน่วยงาน เร่งเข้ามาช่วย คลี่คลาย หรือไม่อย่างนั้นอาจต้องให้ คสช.ยื่นมือเข้ามาคืนความสุขให้กับ ประชาชน ทหากวบิตรอยร้าว...รู้ให้ระบบบริการสุขภาพคนไทยที่เกิดขึ้น แบบถึงลูกถึงคน - See more at: <http://www.hfocus.org/content/2014/12/8942#sthash.LAW5a8qH.dpuf>
4. <http://www.thairath.co.th/content/476331> เจ้าคุณสนา โดนปลดอีก
5. <http://www.hfocus.org/content/2015/01/9119> คตร.จี “หมอรัชตะ” แจงงบบัตรทองไม่โปร่งใส
6. <http://www.thairath.co.th/content/475829> คตร.ไล่บี้ หมอ “รัชตะ” แจงใช้งบบัตรทอง
7. <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9570000146924> สปสช.ออกสมุดปกขาวแจงงบบัตรทอง

# กาวยึดเนื้อเยื่อทนทานต่อเลือด สำหรับงานศัลยกรรม (ตอนที่ 1)

เทคนิคสำหรับการยึดเนื้อเยื่อที่ฉีกขาดเข้าด้วยกันนั้นถือได้ว่าเป็นมีความสำคัญอย่างมากในการผ่าตัดทางศัลยกรรมต่าง ๆ โดยเทคนิคที่มีการใช้งานอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ได้แก่ การเย็บด้วยไหมเย็บแผล (suture) ทั้งแบบไม่ละลายและแบบละลายได้ และการใช้ลวดเย็บแผล (staple) ซึ่งถึงแม้ว่าจะสามารถทำงานได้ดี แต่ก็ยังมีข้อด้อยหลายประการที่ยังคงต้องมีการปรับปรุงหรือหาเทคนิคอื่นที่เป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้การใช้ไหมเย็บแผลนั้นจะต้องใช้เวลาในการทำงานมาก ถึงแม้ว่าการใช้ลวดเย็บจะสามารถลดเวลาได้ แต่ทั้ง 2 วิธีนั้นจะมีการทำลายเนื้อเยื่อในบริเวณใกล้เคียงบาดแผลจากการเจาะทะลุของเข็ม ของไหมเย็บแผล หรือลวดเย็บ และยังไม่มีประสิทธิภาพในการกันน้ำได้ในทันทีภายหลังการเย็บ นอกจากนี้ยังทำงานได้ค่อนข้างยากและลำบากในบริเวณพื้นที่จำกัด ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาโดยเฉพาะกับการผ่าตัดแบบเปิดแผลเล็ก ซึ่งได้รับความนิยมเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน

กาวยึดเนื้อเยื่อ (tissue adhesive) นั้นถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อเป็นทางเลือกสำหรับการยึดติดเนื้อเยื่อเข้าด้วยกันให้มีความสะดวกมากขึ้นใช้เวลาไม่มากโดยการประเภทนี้อาจจะแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มหลักคือ กลุ่มไซยาโนอะคริเลต ซึ่งเป็นกาวยึดประกอบเดียว มีลักษณะเป็นของเหลวมอนอเมอร์ที่เมื่อทาบบนเนื้อเยื่อแล้วจะทำให้เกิดปฏิกิริยากับความชื้นบนเนื้อเยื่อแล้วเกิดปฏิกิริยาพอลิเมอไรเซชันเปลี่ยนเป็นแข็งเพื่อยึดติดเนื้อเยื่อเข้าด้วยกันภายในระยะเวลาอันสั้น อย่างไรก็ตามกาวยึดนี้ยังมีข้อด้อยคือ องค์ประกอบของกาวยึดนั้นยังแสดงความเป็นพิษต่อเซลล์และเนื้อเยื่อ ถึงแม้ว่าจะมีระดับที่ลดลงมาโดยลำดับจากการพัฒนาสูตรและส่วนผสมทางเคมีของกาวยึด นอกจากนี้ยังแสดงการเกิดปฏิกิริยาที่ไม่สม่ำเสมอเนื่องจาก

ต้องการความชื้นจากเนื้อเยื่อในการกระตุ้นการเกิดปฏิกิริยา และเมื่อทาบบนแล้วจะเปลี่ยนตำแหน่งการใช้งานใหม่ได้ยากเนื่องจากปฏิกิริยาเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ก็ยังไม่สามารถใช้งานหรือมีประสิทธิภาพลดลงเมื่อสัมผัสกับเลือดและในบริเวณเนื้อเยื่อหรืออวัยวะที่ต้องการมีการเคลื่อนไหว ในขณะที่กาวยึดในกลุ่มไฟบรินนั้นจะเลียนแบบกลไกการแข็งตัวของเลือด โดยจะประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 2 ส่วนคือ ไฟบรินโนเจน/แฟคเตอร์ XIII และทรอมบิน ซึ่งเมื่อผสมองค์ประกอบ 2 ส่วนเข้าด้วยกันจะทำให้ไฟบรินโนเจนเปลี่ยนแปลงเป็นไฟบรินและเชื่อมขวางแข็งตัวขึ้นอย่างรวดเร็ว ข้อด้อยของกาวยึดประเภทนี้คือ ต้องมีการจัดเก็บเฉพาะที่อุณหภูมิต่ำ ทำให้ยุ่งยากและต้องเสียเวลาเตรียมการก่อนการใช้งาน มีความแข็งแรงค่อนข้างต่ำ โดยส่วนใหญ่แล้วกาวยึดไฟบรินนี้มักถูกใช้ในเป็นซิลแลนท์หรือวัสดุอุดในการห้ามเลือดมากกว่าการใช้เป็นกาวยึดหรือวัสดุยึดติดเนื้อเยื่อ



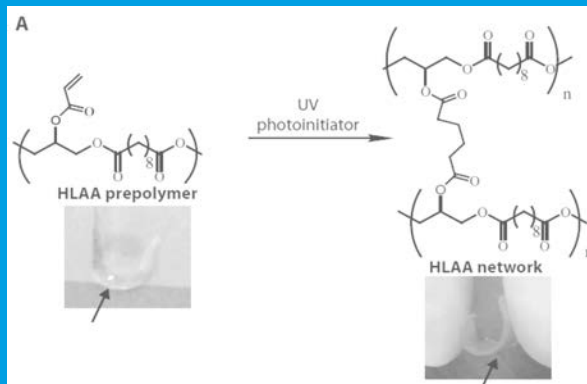
กาวยึดเนื้อเยื่อที่มีการใช้งานในปัจจุบัน กาวยึดไซยาโนอะคริเลต และกาวยึดไฟบริน<sup>[1-2]</sup>

เพื่อเป็นการแก้ไขข้อด้อยของกาวยึดเนื้อเยื่อที่มีการใช้งานในปัจจุบัน กาวยึดเนื้อเยื่อชนิดใหม่จึงถูกพัฒนาขึ้นเพื่อให้มีความยืดหยุ่น สามารถใช้งานและมีประสิทธิภาพในการยึดเกาะแม้ในบริเวณที่ต้องสัมผัสกับเลือดหรือของเหลวได้ดี และในบริเวณเนื้อเยื่อหรืออวัยวะที่ต้องการมีการเคลื่อนไหว ไม่เป็นพิษต่อเซลล์และเนื้อเยื่อ สามารถสลายตัวได้ทางชีวภาพ โดยกาวยึดเนื้อเยื่อนี้ถูกเรียกว่า กาวยึดกระตุ้นด้วยแสงแบบไม่ชอบน้ำ หรือ hydrophobic light-activated adhesive (HLAA) โดยมีส่วนประกอบคือ ของเหลวพริพอลิเมอร์ กลีเซอรอล ซีบาแคต อะคริเลต ที่ผสมกับสารเริ่มต้นปฏิกิริยาทางแสง ซึ่งเมื่อของเหลวดังกล่าวถูกกระตุ้นด้วยการฉายแสงอัลตราไวโอเล็ตจะเกิดปฏิกิริยาพอลิเมอไรเซชันให้เกิดการเชื่อมขวางเปลี่ยนเป็นพอลิเมอร์ของแข็งขึ้นในเวลาอย่างรวดเร็ว โดยเมื่อเริ่มต้นนั้นกาวยึดเนื้อเยื่อนี้จะมีลักษณะเป็นของเหลวหนืดที่ไม่ละลายผสมกับน้ำและสามารถทากระจายบนพื้นผิวเนื้อเยื่อได้ง่าย และเมื่อฉายด้วยแสงอัลตราไวโอเล็ตให้แข็งตัวแล้วจะมี

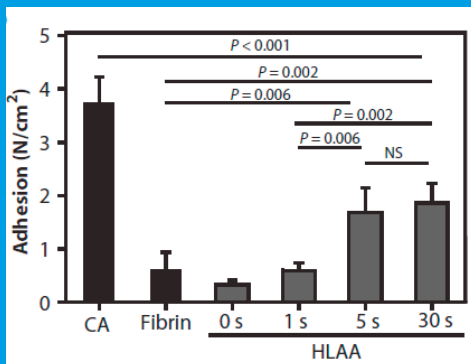


ลักษณะเป็นแผ่นฟิล์มที่ยืดหยุ่น โดยจากการทดสอบการยึดเกาะต่อเนื้อเยื่อหุ้มหัวใจของแผ่นแปะที่ทากาวติดเนื้อเยื่อ 3 ประเภทคือ กาวไฮยาโนอะคริเลต กาวไฟบริน และกาว HLAA ที่ระยะเวลาการฉายแสงอัลตราไวโอเลตต่าง ๆ พบว่า กาวติดเนื้อเยื่อนี้จะมีความต้านทานการยึดเกาะสูงสุดที่ระยะเวลาการฉายแสง 30 วินาที โดยค่าที่ได้มีค่าต่ำกว่ากาวไฮยาโนอะคริเลตประมาณร้อยละ 50 แต่มีค่าสูงกว่ากาวไฟบรินประมาณร้อยละ 275 แต่เมื่อทำการทดสอบที่ให้แผ่นแปะซึ่งทากาวมีการสัมผัสเลือดก่อนใช้งานพบว่า แผ่นแปะด้วย

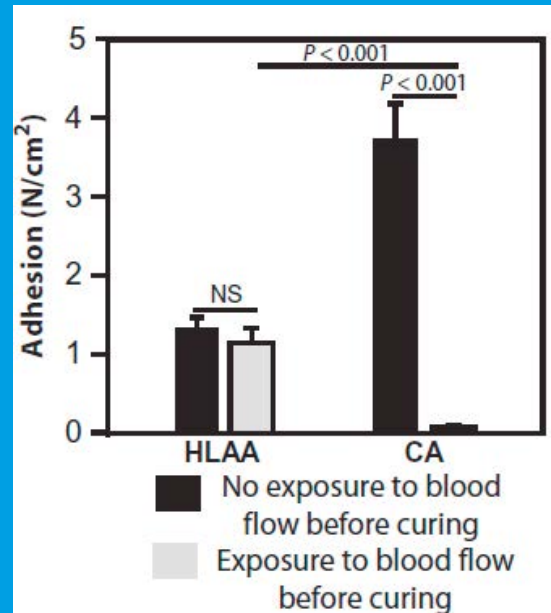
กาวไฮยาโนอะคริเลตนั้นจะเกิดปฏิกิริยาแข็งตัวทันทีเมื่อสัมผัสเลือด ทำให้สูญเสียประสิทธิภาพในการยึดเกาะเนื้อเยื่อไป ในขณะที่กาว HLAA นั้นยังคงมีสภาพของการยึดเกาะที่ดีไม่ต่างกับค่าที่ได้จากแผ่นแปะที่ไม่สัมผัสเลือด เนื่องด้วยสมบัติของกาวที่ไม่ชอบน้ำ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากาว HLAA นี้สามารถใช้งานได้บริเวณที่ต้องสัมผัสกับเลือดหรือของเหลวได้ดีกว่ากาวไฮยาโนอะคริเลต หรือกาวไฟบริน ซึ่งถือว่าเป็นข้อดีของกาวติดเนื้อเยื่อ HLAA นี้



ภาพแสดงการเกิดปฏิกิริยาพอลิเมอไรเซชันด้วยแสงอัลตราไวโอเลตของกาวติดเนื้อเยื่อ HLAA ในการเปลี่ยนของเหลวพรีพอลิเมอร์ของกลีเซอรอล ซิคาเต อะคริเลต ไปเป็นพอลิเมอร์ของแข็งที่มีสมบัติยืดหยุ่น<sup>[3]</sup>



กราฟแสดงสมบัติความต้านทานการยึดเกาะต่อเนื้อเยื่อหัวใจของแผ่นแปะที่ทากาวไฮยาโนอะคริเลต กาวไฟบริน และกาว HLAA ที่ระยะเวลาการฉายแสงอัลตราไวโอเลตต่าง ๆ<sup>[3]</sup>



กราฟแสดงสมบัติความต้านทานการยึดเกาะของแผ่นแปะที่ทากาวไฮยาโนอะคริเลต และกาว HLAA ต่อเนื้อเยื่อหัวใจก่อนและหลังการสัมผัสกับเลือด ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากาว HLAA ยังคงประสิทธิภาพการยึดเกาะที่ดี ในขณะที่ค่าของกาวไฮยาโนอะคริเลตมีค่าลดลงอย่างมากเมื่อมีการสัมผัสกับเลือด<sup>[3]</sup>

ในบทความตอนหน้า เรามาดูกันต่อกาวติดเนื้อเยื่อชนิดใหม่นี้จะมีสมบัติอื่น ๆ อย่างไรที่แสดงถึงความเหมาะสมต่อการนำไปใช้งานเป็นทางเลือกใหม่เมื่อเปรียบเทียบกับกาวติดเนื้อเยื่อที่มีการใช้งานในปัจจุบัน

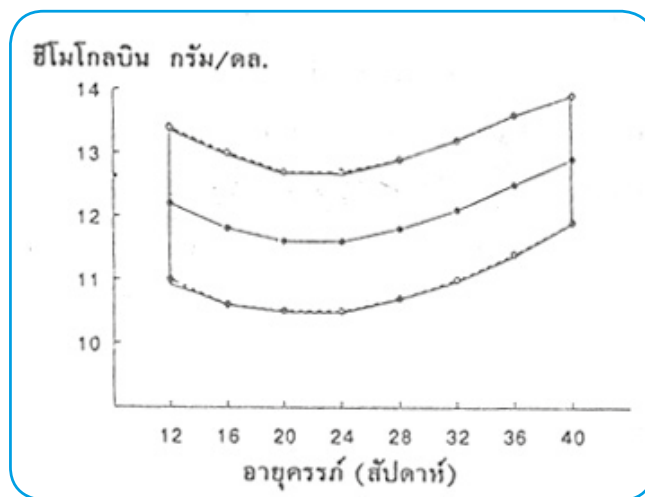
## เอกสารอ้างอิง

1. <http://www.medline.com/special/aorn-2014/>
2. <http://www.stasiareport.com/supplements/mind-your-body/story/glue-cuts-short-hospital-stay-20121122>
3. N. Lang, M. J. Pereira, Y. Lee, I. Friehs, N. V. Vasilyev, E. N. Feins, K. Ablasser, E. D. O'Cearbhaill, C. Xu, A. Fabozzo, R. Padera, S. Wasserman, F. Freudenthal, L. S. Ferreira, R. Langer, J. M. Karp, P. J. del Nido (2014) Sci. Transl. Med., 6, 218ra6.
4. D. Bluestein and M. J. Slepian (2014) N. Engl J. Med. 370;16:1556.
5. <http://www.sciencedaily.com/releases/2014/01/140108154458.htm>
6. <http://www.qmed.com/mpmn/medtechpulse/new-glue-may-soon-replace-sutures-%E2%80%93-even-beating-heart>
7. <http://www.the-scientist.com/?articles.view/articleNo/38811/title/Next-Generation-Strong-Surgical-Glue-on-Demand/>
8. <http://www.asge.org/assets/0/71312/71314/fb8254d9-e20d-4c2e-9790-2a866c42cf0d.pdf>
9. T. B. Bruns and J. M. Worthington (2000) Am. Fam. Physician. 61(5), pp.1383.

# ภาวะโลหิตจางกับการตั้งครรภ์

## นิยาม

สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเข้มข้นของฮีโมโกลบินน้อยกว่า 10 กรัมต่อเดซิลิตร หรือสตรีไม่ตั้งครรภ์ที่มีความเข้มข้นของฮีโมโกลบินน้อยกว่า 12 กรัมต่อเดซิลิตร ถือว่ามีภาวะโลหิตจาง ในปี พ.ศ. 2533 Centers for Disease Control ให้นิยามว่า สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเข้มข้นของฮีโมโกลบินน้อยกว่า 11.0 กรัมต่อเดซิลิตร ในไตรมาสแรก และไตรมาสที่สอง หรือน้อยกว่า 10.5 กรัมต่อเดซิลิตร ในไตรมาสที่สาม ถือว่ามีภาวะโลหิตจาง



รูปที่ 1 ค่าความเข้มข้นของฮีโมโกลบินในอายุครรภ์ต่าง ๆ  
(แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 5 และ 95)

## อุบัติการณ์

ขึ้นกับปัจจัยหลายประการ เช่น เศรษฐฐานะ อายุ จำนวนและระยะห่างระหว่างการมีบุตร และการให้ธาตุเหล็กเสริมในขณะตั้งครรภ์ ในสตรีไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจางร้อยละ 23-30 เมื่อใช้นิยามของ CDC

## อาการ

เมื่อภาวะโลหิตจางไม่รุนแรงมักไม่มีอาการ เมื่อรุนแรงขึ้นอาจพบลักษณะซีด อ่อนเพลีย วิงเวียน ใจสั่น เหนื่อยง่ายเมื่อทำงานเพียงเล็กน้อย ในรายที่รุนแรงมากจะพบลักษณะของหัวใจวายได้

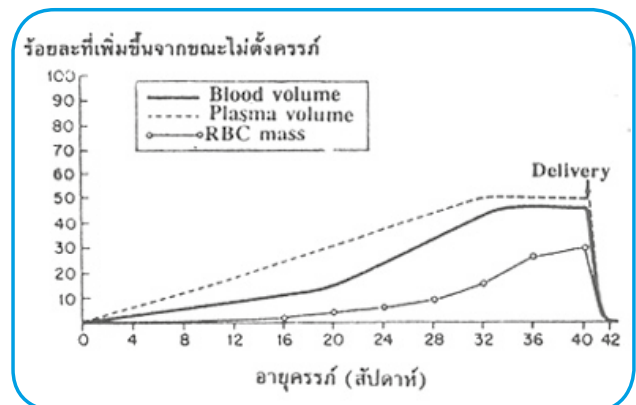
## เม็ดเลือดแดง

การเปลี่ยนแปลงที่เด่นชัดที่สุดคือ การเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือด (Blood volume) โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 45 (เมื่อเทียบกับสตรีไม่ตั้งครรภ์) โดยจะเริ่มเพิ่มขึ้นในช่วงปลายของไตรมาสแรก และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในไตรมาสที่สอง และช้าลงในช่วงไตรมาสที่สาม

ปริมาณเม็ดเลือดแดง (Red blood cell mass) เพิ่มขึ้นตลอดการ

ตั้งครรภ์ประมาณ 450 มิลลิลิตร หรือประมาณร้อยละ 33 การเพิ่มปริมาณของเม็ดเลือดแดงนี้ต้องใช้ธาตุเหล็กประมาณ 500 มิลลิกรัม (เม็ดเลือดแดง 1 มิลลิลิตรมีธาตุเหล็กประมาณ 1.1 มิลลิกรัม)

จะเห็นได้ว่าปริมาณเลือดเพิ่มขึ้นไม่ได้สัดส่วนกับการเพิ่มขึ้นของปริมาณเม็ดเลือดแดง ทำให้ความเข้มข้นของฮีโมโกลบินและค่าฮีมาโตคริตในสตรีตั้งครรภ์มีค่าต่ำลง โดยจะมีค่าต่ำสุดในช่วงปลายของไตรมาสที่สอง



รูปที่ 2 การเปลี่ยนแปลงของปริมาณเลือดและเม็ดเลือดแดงในขณะตั้งครรภ์

ในช่วงตลอดระยะการตั้งครรภ์ ร่างกายต้องการธาตุเหล็กทั้งสิ้นประมาณ 1 กรัม โดยใช้การสร้างเม็ดเลือดแดงของมารดาประมาณ 500 มิลลิกรัม สำหรับเด็กในครรภ์และรกประมาณ 300 มิลลิกรัม และอีก 200 มิลลิกรัม เป็นการสูญเสียตามปกติของร่างกาย ความต้องการธาตุเหล็กที่เพิ่มขึ้นนี้เกือบทั้งหมดเกิดในครึ่งหลังของการตั้งครรภ์ โดยร่างกายต้องการธาตุเหล็กเฉลี่ยวันละ 6-7 มิลลิกรัม ปริมาณธาตุเหล็กที่ได้จากอาหารมีเพียง 1-2 มิลลิกรัมต่อวัน จึงไม่พอเพียงการให้ธาตุเหล็กเสริมในสตรีตั้งครรภ์จึงมีความจำเป็นในการป้องกันภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์

ระดับ Serum iron และ Serum ferritin จะมีค่าลดลง โดยเฉพาะในไตรมาสที่สองและสาม Serum transferrin (Total iron binding capacity) จะมีค่าเพิ่มขึ้น

## เม็ดเลือดขาว

จำนวนเม็ดเลือดขาวในการตั้งครรภ์ปกติอยู่ระหว่าง 5,000-12,000 ตัวต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ในระยะเจ็บครรภ์จะมีค่าสูงขึ้นโดยเฉลี่ย 14,000-16,000 ตัวต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

**ระบบการแข็งตัวของเลือด** มีการเพิ่มขึ้นของ Fibrinogen (Factor I) ประมาณร้อยละ 50 (ค่าปกติในสตรีตั้งครรภ์ 300-600 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ซึ่งมีผลให้มีการเพิ่มขึ้นของ Erythrocyte sedimentation rate (ESR) อย่างมาก และใช้แปลผลในสตรีตั้งครรภ์ไม่ได้) ปัจจัยในการแข็งตัวของเลือดที่เพิ่มขึ้น ได้แก่ Factor VII, VIII, IX, X โดย Factor II (Prothrombin) มีค่าเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ส่วน Factor XI, XIII มีค่าลดลง ค่าปกติของ Prothrombin time และ Partial thromboplastin time มีค่าสั้นลงเล็กน้อย

### สาเหตุที่ทำให้เกิดโลหิตจาง

- ขาดธาตุเหล็ก
- เสียเลือด
- Megaloblastic anemia
- เนื่องจากการอักเสบและการเป็นมะเร็ง
- Acquired hemolytic anemia
- Aplastic anemia

### สาเหตุทางกรรมพันธุ์

- ธาลัสซีเมีย
- มีความผิดปกติของฮีโมโกลบิน
- Hereditary hemolytic anemia

## โลหิตจางจากภาวะขาดธาตุเหล็ก

เป็นสาเหตุร้อยละ 75 ของภาวะโลหิตจางในระหว่างตั้งครรภ์ ในสตรีที่ไม่ตั้งครรภ์ที่แข็งแรงมีธาตุเหล็กสะสมโดยเฉลี่ยเพียง 300 มิลลิกรัม จึงมักไม่เพียงพอต่อความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ เมื่อร่างกายขาดธาตุเหล็กจะมีการเปลี่ยนแปลงคือ ธาตุเหล็กที่เก็บสำรองไว้ในไขกระดูก ตับ ม้ามจะหมดไป ปริมาณ Serum ferritin และ Serum iron ลดลง แต่ Serum transferrin เพิ่มขึ้น เม็ดเลือดแดงจะมีขนาดเล็ก และติดสีจาง จำนวน Reticulocyte ลดน้อยลง

### การวินิจฉัยที่แน่นอนทำได้จาก

1. ตรวจไม่พบธาตุเหล็กสะสมในไขกระดูก เป็นวิธีที่เชื่อถือได้มากที่สุด แต่ Invasive และมักไม่มีความจำเป็น ยกเว้นในรายที่มีปัญหาในการวินิจฉัย
2. Serum ferritin เป็นวิธีการตรวจชนิด Non-invasive ที่เชื่อถือได้มากที่สุด ในภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กจะมีค่าต่ำกว่า 12 นาโนกรัมต่อมิลลิลิตร
3. Serum iron ต่ำกว่า 60 ไมโครกรัมต่อเดซิลิตร
4. Transferrin saturation น้อยกว่าร้อยละ 15
5. การตรวจเม็ดเลือดแดงพบว่า มีลักษณะเล็กและติดสีจาง อย่างไรก็ตาม การตรวจพบลักษณะเม็ดเลือดแดงดังกล่าวอาจเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ได้ด้วย จากลักษณะดังกล่าวเมื่อตรวจค่า RBC index จะพบว่าค่า MCV และ MCH ต่ำกว่าปกติ

**สาเหตุของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่พบบ่อยได้แก่**

1. โรคกรดสีกดขวาง ซึ่งพบบ่อยขึ้นในระยะตั้งครรภ์ เนื่องจากการหย่อนขยายของหลอดเลือดดำจากอิทธิพลของโปรเจสเตอโรน

การที่ผู้ป่วยท้องผูกเพราะลำไส้มีการบีบรัดตัวน้อยลงจากอิทธิพลของโปรเจสเตอโรน และการที่ผู้ป่วยท้องผูกจากยาที่มีธาตุเหล็กเป็นองค์ประกอบ เหล่านี้ทำให้กรดสีกดขวางเพิ่มขึ้น และมีอาการมากขึ้น มีเลือดออกอยู่เป็นประจำ นำไปสู่ภาวะโลหิตจาง

สำหรับการรักษานั้น ควรพยายามให้ผู้ป่วยได้อาหารที่มีกากมาก ดื่มน้ำมาก ๆ และอาจใช้ยาระบายอ่อน ๆ เช่น Sennosides ครั้งละ 1-2 เม็ดก่อนนอนเพื่อป้องกันท้องผูก ยาบำรุงเลือดบางอย่างอาจทำให้ผู้ป่วยท้องผูกมาก ซึ่งต้องพิจารณาเปลี่ยน นอกจากนี้อาจรักษาโรคกรดสีกดขวางด้วยยาเหน็บเข้า-เย็น และหลังอุจจาระประมาณ 2 สัปดาห์ ในกรณีที่เป็นมาก การเข้ายาก็จะช่วยบรรเทาอาการอักเสบของริดสีดวง และทำให้เลือดออกน้อยลง

**2. โรคพยาธิในลำไส้** ที่พบบ่อยและทำให้เกิดภาวะโลหิตจางคือ พยาธิปากขอ ผู้ป่วยอาจมีอาการคันตามบริเวณทวารหนัก แต่จะเสียเลือดทีละน้อยในช่วงระยะเวลาที่ยาวนานจนระบบต่าง ๆ ในร่างกายเคยชินต่อภาวะโลหิตจาง และผู้ป่วยสามารถมีชีวิตได้เกือบเป็นปกติ ถึงแม้ฮีโมโกลบินจะลดลงเหลือน้อยกว่า 5 กรัมต่อเดซิลิตร

ในกรณีที่การติดเชื้อพยาธิไม่รุนแรง ผู้ป่วยไม่มีโลหิตจางหรือมีโลหิตจางเพียงเล็กน้อย รักษาโดยให้ธาตุเหล็กในขนาดการรักษาภาวะขาดธาตุเหล็ก และติดตามอาการจนคลอด แล้วจึงให้ยาฆ่าพยาธิภายหลังคลอด แต่ถ้าพิจารณาเห็นว่าผู้ป่วยได้ย้ายออกจากพื้นที่ที่จะติดเชื้อพยาธิแล้ว อาจไม่ต้องให้ยาฆ่าพยาธิ เพราะในที่สุดพยาธิในร่างกายจะตายไปเอง ในกรณีที่การติดเชื้อรุนแรง ผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจางอย่างมาก ควรให้ยาฆ่าพยาธิ ได้แก่ Pyrantel pamoate 10 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ครั้งเดียว ร่วมกับการให้ธาตุเหล็ก อาจพิจารณาให้ Packed red cell อย่างระมัดระวัง

### การรักษา

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก รักษาโดยใช้ธาตุเหล็กวันละประมาณ 200 มิลลิกรัม ยา Ferrous sulfate ขนาดเม็ดละ 300 มิลลิกรัม มีธาตุเหล็กผสมอยู่เม็ดละ 60 มิลลิกรัม ในการให้ยาเพื่อรักษาภาวะโลหิตจางควรให้ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 ครั้ง

ในสตรีตั้งครรภ์ปกติที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง และมาฝากครรภ์ก่อน 20 สัปดาห์ การให้ธาตุเหล็กเสริมที่มีปริมาณของธาตุเหล็กวันละ 30-60 มิลลิกรัมก็เพียงพอในการป้องกันภาวะโลหิตจาง (ร่างกายจะดูดซึมไปใช้ประมาณร้อยละ 10) โดยอาจให้ Ferrous sulfate ขนาดเม็ดละ 300 มิลลิกรัม วันละ 1 เม็ด

เนื่องจากสตรีไทยโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก และภายหลังคลอดบุตรแล้ว ยังได้รับคำแนะนำให้เลี้ยงลูกด้วยนมของตนเอง การได้รับประทานธาตุเหล็กอย่างสม่ำเสมอในระหว่างตั้งครรภ์และให้นมลูกจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง และเพื่อให้มารดามีสุขภาพแข็งแรงยิ่งขึ้น ควรให้เพิ่มวิตามินรวมสำหรับสตรีตั้งครรภ์ด้วย

## ธาลัสซีเมีย

เป็นสาเหตุของภาวะโลหิตจางที่พบบ่อยเป็นอันดับสอง



รองจากการขาดธาตุเหล็ก เกิดจากความผิดปกติของ Gene ทำให้มีการสร้าง Globin chain ลดน้อยลง ในฮีโมโกลบิน 1 ตัวประกอบด้วย Heme และ 4 Globin chains ได้แก่ 2 alpha-globin และ 2 beta-globin ภาวะธาลัสซีเมียสามารถวินิจฉัยได้ชัดเจนจากการทำ Hemoglobin electrophoresis

ธาลัสซีเมียแบ่งออกเป็น 2 ชนิดที่สำคัญ คือ

1. Alpha-thalassemias
2. Beta-thalassemias

## Alpha-thalassemias

ยีนที่ควบคุมการสร้าง Alpha-globin อยู่บนโครโมโซมคู่ที่ 16 โดยมียีนที่ควบคุมการสร้าง Alpha-globin 4 ตำแหน่ง (Loci) อยู่บนแต่ละข้างของโครโมโซม ข้างละ 2 ตำแหน่ง (XX/XX) กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นมีความรุนแรง 4 ระดับ คือ

1. Bart's hydrops fetalis (ดังภาพ)



เกิดขึ้นจากการขาด Alpha-globin genes ทั้ง 4 ตำแหน่ง (--/-- ) ทำให้ไม่สามารถสร้าง Alpha-globin chain ได้ และมีการสร้าง Hemoglobin Bart (Gamma 4) และ Hemoglobin H (Beta 4) ขึ้นมาแทน ทารกมักเสียชีวิตในครรภ์หรือภายหลังคลอด การตรวจเลือดจากสายสะดือจะพบ Hemoglobin Bart มากถึงร้อยละ 65-98 ทารกมักมีลักษณะบวม น้ำ รกมีขนาดใหญ่ ปริมาณน้ำคร่ำน้อย ภาวะนี้เป็นสาเหตุที่สำคัญของ Hydrops fetalis ในประเทศไทย

2. Hemoglobin H disease เกิดจากการขาด Alpha-globin genes 3 ตำแหน่ง (--/-X) ในขณะแรกเกิดจะมี Hemoglobin Bart, Hemoglobin H และ Hemoglobin A ภายหลังคลอดทารกมักมีอาการของ Hemolytic anemia เมื่อเป็นผู้ใหญ่จะมี Hemoglobin H ร้อยละ 5-30 ของฮีโมโกลบินทั้งหมด เมื่อดังครรภ์ภาวะโลหิตจางอาจเลวลงกว่าเดิม

3. Alpha-thalassemia minor เกิดจากการขาด Alpha-globin genes 2 ตำแหน่ง (--/XX หรือ -X/-X) ผู้ป่วยมักไม่มีอาการ การตรวจเม็ดเลือดแดงพบว่า มี Microcytic, Hypochromic anemia ระดับความเข้มข้นของฮีโมโกลบินปกติหรือต่ำเพียงเล็กน้อย ในประชากรไทยมักเป็นชนิด (--/XX)

4. Silent carrier state เกิดจากการขาด Alpha-globin genes 1 ตำแหน่ง (-X/XX) ไม่พบความผิดปกติจากการตรวจเลือดตามปกติ

## Beta-thalassemias

ยีนที่ควบคุมการสร้าง Beta-globin chain อยู่บนโครโมโซมคู่ที่ 11 ความผิดปกติมักเป็นลักษณะ Point mutation อาการทางคลินิกแบ่งออกได้เป็น

1. Beta-thalassemia major เกิดจาก Homozygous beta-thalassemia ทารกมักเกิดมาอย่างปกติ (เนื่องจาก Beta-globin มีการสร้างไม่มากในครรภ์) ต่อมาจะซีดลง และมีตับ ม้ามโต ตั้งแต่ 2-3 เดือนหลังคลอด และจำเป็นต้องรักษาโดยการให้เลือดเป็นประจำ สตรีซึ่งมีภาวะดังกล่าวนี้มักจะไม่สามารถมีบุตรได้ การตรวจเลือดจะพบว่าซีดมาก เม็ดเลือดแดงมี Marked anisopoikilocytosis, Hypochromia และมี Target cell การตรวจ Hemoglobin electrophoresis พบมี Fetal hemoglobin (HbF) ตั้งแต่ร้อยละ 10-90 HbA พบน้อย หรือไม่มีเลย

2. Beta-thalassemia minor เกิดจาก Heterozygous beta-thalassemia มักไม่มีอาการทางคลินิก ยกเว้นในภาวะ Stress เช่น การตั้งครรภ์ การติดเชื้ออย่างรุนแรง ซึ่งอาจพบภาวะโลหิตจางอย่างอ่อน ในไตรมาสที่สองมักพบค่า Hemoglobin ระหว่าง 8-10 กรัมต่อเดซิลิตร และเพิ่มเป็น 9-11 กรัมต่อเดซิลิตรเมื่อครรภ์ครบกำหนด

การตรวจเลือดจะมีลักษณะ Microcytosis, Hypochromia และอาจพบ Target cell ได้ RBC indices จะมี MCV ระหว่าง 50-70 fl และ MCH ระหว่าง 20-22 pg สามารถยืนยันการวินิจฉัยโดยการตรวจ Hemoglobin electrophoresis พบว่า HbA2 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.5-7 และในบางราย HbF เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 1-3

## การรักษา

ไม่มีการรักษานิดเฉพาะเจาะจงสำหรับธาลัสซีเมีย ควรให้ Folic acid เสริมในขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากผู้ป่วยธาลัสซีเมียมีความต้องการ Folic acid มากกว่าปกติ การให้ธาตุเหล็กเสริมควรเลือกใช้เฉพาะในรายที่มีภาวะขาดธาตุเหล็กร่วมด้วย โดยพิจารณาจากอาการทางคลินิกและค่า Serum ferritin

การให้ Blood transfusion อาจมีความจำเป็นใน HbH disease และ Beta-thalassemia major โดยเฉพาะเมื่อมีภาวะโลหิตจางอย่างรุนแรง การให้เลือดเฉพาะเม็ดเลือดแดงเพื่อรักษา ระดับฮีโมโกลบินที่ค่าใดค่าหนึ่งยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน

เมื่อพบสตรีตั้งครรภ์ที่เป็น Thalassemia หรือ Thalassemia trait การให้คำปรึกษาทางพันธุศาสตร์ และการวินิจฉัยทารกในครรภ์มีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยขั้นตอนแรกคือ การตรวจเลือดของสามี หากตรวจพบว่าสามีมีภาวะดังกล่าวด้วยควรพิจารณาการตรวจทารกในครรภ์ด้วย

อ่านต่อบทหน้า >>>



## น้ำผึ้งช่วยลดอาการไอในเด็ก

อาการไอเป็นกลไกปกป้องตัวเองจากสิ่งแปลกปลอมที่เกิดขึ้น เช่น กำจัดเสมหะหรือสิ่งคัดหลั่งที่ติดเชื้อโรค ช่วงที่เป็นหวัดเด็กมักมีอาการไอต่อนกลางคืนมาก โดยเฉพาะช่วงหน้าหนาวที่อากาศเปลี่ยนแปลงบ่อย อาการไอสร้างความกังวลให้แก่พ่อแม่ไม่น้อย อาการไอนำผู้ป่วยเด็กมาพบแพทย์ที่แผนกเด็กของโรงพยาบาลสูงเป็นลำดับต้น ๆ การรักษาและการดูแลอาการไอเบื้องต้นในเด็กถือเป็นสิ่งสำคัญไม่น้อย

น้ำผึ้งมีสรรพคุณทางยาหลากหลาย มีส่วนประกอบของน้ำตาลเชิงซ้อน กรดอะมิโน สารฟลาโวนอยด์ วิตามิน และแร่ธาตุต่าง ๆ พบว่าน้ำผึ้งช่วยลดอาการไอ ช่วยสมานแผลฆ่าเชื้อแบคทีเรียและเชื้อไวรัส คนไทยเชื่อว่าน้ำผึ้งผสมมะนาวสามารถลดและบรรเทาอาการไอได้ น้ำผึ้งมีขายตามท้องตลาดทั่วไป มีกลิ่นและความเข้มข้นแตกต่างกันตามแหล่งที่มา

จากการรวบรวมข้อมูลเชิงประจักษ์พบรายงานวิจัยการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการบรรเทาอาการไอระหว่างน้ำผึ้งกับยา dextromethorphan และยา diphenhydramine ที่ใช้เป็นยาแก้หวัดในเด็ก พบว่าเด็กที่ได้น้ำผึ้งมีอาการไอลดลงมากกว่าเด็กที่ได้รับยา dextromethorphan และยา diphenhydramine ไม่พบผลข้างเคียงที่ทำให้หิวหรือคลื่นไส้หลังใช้น้ำผึ้ง พบว่าน้ำผึ้งชนิดสีเข้มซึ่งมีคุณสมบัติเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ ความหวานของน้ำผึ้งทำให้ชุ่มคอ ลดอาการระคายเคืองคอ ทำให้ลิ้นคอ และรู้สึกผ่อนคลายในลำคอ ห้ามใช้น้ำผึ้งในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ขวบ เนื่องจากเด็กอายุต่ำกว่า 1 ขวบมีภูมิคุ้มกันที่ต่ำ อาจเกิดการติดเชื้อ *Clostridium botulinum* ได้

**กล่าวโดยสรุป** น้ำผึ้งมีสรรพคุณทางยา ช่วยบรรเทาอาการไอได้ดีในผู้ป่วยเด็ก ควรรักษาอาการไอร่วมกับแก้ไขสาเหตุของอาการไอร่วมกัน



# ภาวะต่อมไทรอยด์เป็นพิษวิกฤติ (Thyroid Crisis)

ภาวะต่อมไทรอยด์เป็นพิษวิกฤติเป็นภาวะอันตรายถึงแก่ชีวิตที่เกิดจากร่างกายผลิตฮอร์โมนไทรอยด์มากเกินไปจนทำให้อวัยวะทำงานล้มเหลว หรือกล่าวอีกอย่างหนึ่งว่าเป็นภาวะไทรอยด์เป็นพิษ (thyrotoxicosis) ที่มีอาการรุนแรงมากจนอวัยวะทำงานล้มเหลว

ภาวะนี้พบได้ไม่บ่อยแต่ถ้าไม่รักษาก็ทำอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

## สาเหตุกระตุ้น

Thyroid crisis ถูกกระตุ้นให้เกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่

1. การติดเชื้อที่รุนแรง
2. diabetic ketoacidosis
3. ต่อมไทรอยด์ได้รับการผ่าตัดหรือถูกกระทบกระเทือน
4. ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บ
5. pulmonary thromboembolism
6. หยุดรับประทานยาต้านไทรอยด์ฮอร์โมน (antithyroid drug)
7. การรับสารไอโอดีนโดยการรับประทาน ฉีดเข้าเส้นเลือด หรือ radiotherapy
8. รับประทานยา salicylates จะทำให้เกิด free thyroid hormones มากจนเกิดภาวะ thyroid crisis ขึ้นได้





## อาการ

มีระบบควบคุมอุณหภูมิของร่างกายเสียไป (ไข้สูง ผิวน้ำอุ่นขึ้น เหงื่อออก), ระบบประสาทเปลี่ยนแปลง (อารมณ์แปรปรวน แปร ชัก หมดสติ โรคจิต รีเฟล็กซ์ไวลิด lag), ระบบหัวใจผิดปกติ (atrial fibrillation หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง congestive heart failure), ระบบหายใจ (หายใจเร็ว หอบเหนื่อย), ระบบทางเดินอาหารผิดปกติ (ท้องเสีย ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน)

## การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

Thyroid stimulating hormone (TSH)  $< 0.01$  micro international units [mIU]/L ร่วมกับมีระดับ free T4 และ T3 สูงขึ้น รวมทั้งมีอาการแสดงของอวัยวะทำงานล้มเหลว

นอกจากนี้ยังมีผลตรวจผิดปกติอื่น ๆ เช่น

1. hypercalcemia เกิดจากการที่ osteoclast สลายกระดูก
2. ระดับ alkaline phosphatase สูงขึ้นเนื่องจากการซ่อมแซมกระดูก
3. hyperglycemia เกิดจากการสลายไกลโคเจนและเพิ่ม catecholamines ในเลือด



นอกจากนี้ยังอาจพบ adrenal insufficiency (โดยเฉพาะใน Graves disease) ร่วมด้วยการวินิจฉัยทำได้โดยใช้อาการแสดงและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เข้าได้กับ hyperthyroidism ร่วมกัน

## การรักษา

1. รักษาระดับประคอง
  2. รักษาเหตุกระตุ้นให้เกิด
  3. รักษาอาการของ hyperthyroidism
- Propylthiouracil (PTU) ยับยั้งการเปลี่ยนแปลงจาก T4 ไปเป็น T3 ของเนื้อเยื่อปลายทาง (peripheral conversion of T4 to T3) โดยให้ยาขนาด 600-1,000 มิลลิกรัม รับประทานทันทีจากนั้นค่อยให้ 1,200 มิลลิกรัม/วัน (แบ่งให้ทุก 4-6 ชั่วโมง) อย่างไรก็ดี อาจเลือกใช้ methimazole แทนได้ (แต่ไม่มีฤทธิ์ยับยั้งการเปลี่ยนแปลงจาก T4 ไปเป็น T3 ของเนื้อเยื่อปลายทาง) ในกรณีจำเป็นแล้ว ยาทั้ง 2 ตัวนี้สามารถให้แกผู้ป่วยทางกันได้
  - การรักษาภาวะหัวใจเต้นเร็วหรือความดันโลหิตสูงทำได้โดยให้  $\beta$ -blockers ได้แก่ propranolol 1 มิลลิกรัม ฉีดเข้าทางเส้นเลือดจากนั้นให้ซ้ำได้ทุก 10-15 นาทีจนคุมอาการได้



- ควรให้อาหารอ่อนเพื่อช่วยลดการหลั่งไทรอยด์ฮอร์โมนเข้าสู่กระแสเลือด ซึ่งควรให้ภายหลังเริ่มยา PTU ไปแล้ว 1 ชั่วโมง
  - hydrocortisone 100 มิลลิกรัม ฉีดเข้าเลือดทุก 8 ชั่วโมง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ adrenal insufficiency
- ในกรณีรักษาไม่ได้ผลก็อาจใช้ plasmapheresis, plasma exchange หรือ hemodialysis ก็ได้เพื่อช่วยขับฮอร์โมนไทรอยด์ออกจากร่างกาย
- การรักษาที่เหมาะสมจะพบว่าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง และสามารถหายเป็นปกติได้ภายใน 1 สัปดาห์



#### เอกสารอ้างอิง

1. Endocrine Emergencies. Medscape Emergency Medicine. 2007 July 12. Available from: <http://www.medscape.org/viewarticle/567307>.
2. จิตร์เลิศ พงษ์ไชยกุล พ.บ. ภาวะฉุกเฉินระบบต่อมไร้ท่อ. ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. พิมพ์ครั้งที่ 1. หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2548 ธันวาคม: 1-190.
3. นายแพทย์ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์. ENDOCRINE EMERGENCY. งานโรคต่อมไร้ท่อและเบาหวาน กลุ่มงานอายุรกรรม โรงพยาบาลราชวิถี 2555. 1-7.



# แพทย์ไม่ได้ตรวจผู้ป่วยทางคดี: ทำอย่างไรเมื่อเจ้าพนักงานขอรายงาน (รายงานผู้ป่วย 1 ราย)

## No Physical Examination In Forensic Aspect: How Can We Do For Medical Report (A Case Report)

หลายครั้งที่แพทย์ทางคลินิกมิได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับการบาดเจ็บหรือบาดแผลของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมารับการตรวจหรือบ่น (complaint) โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทางที่ต้องการตรวจเฉพาะแต่ “ด้านที่ตนเองเชี่ยวชาญเท่านั้น” และคิดว่าตนเองจะตรวจเพียงเท่านั้น ยิ่งกว่านั้นแพทย์บางส่วนยังคิดว่าส่วนที่เกินกว่า “ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านแห่งตน” สมควรเป็นหน้าที่ของพยาบาลหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่จะต้องนำผู้ป่วยไปให้แก่แพทย์ที่เกี่ยวข้องให้การดำเนินการทางการแพทย์ หรือในบางสถานพยาบาล แพทย์แผนกต่าง ๆ ยังคิดว่าหากเป็นเรื่องการที่ผู้ป่วยถูกทำร้ายร่างกายหรืออุบัติเหตุ เช่น จราจรแล้ว สมควรที่แพทย์ผู้ตรวจคือ “**แพทย์ทางอุบัติเหตุ**” เท่านั้น ส่วนโรคต่าง ๆ นั้นจึงเป็นของแพทย์ทั่วไป ยิ่งกว่านั้นหากแพทย์ตรวจในส่วนของตนเองเสร็จแล้วก็ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์อื่น เช่น พยาบาล เป็นผู้จัดส่งผู้ป่วยที่มีปัญหาทางอุบัติเหตุ หรือทางคดีความ และหากบุคลากรทางการแพทย์อื่นมิได้ส่งผู้ป่วยเพื่อรับการดำเนินการทางการแพทย์ครบถ้วนแล้ว “ตนเองถือว่าไม่มีหน้าที่แต่อย่างใด” เรื่องดังกล่าวนี้ในวันแพทย์จะเป็นเช่นนี้มากขึ้น และหากมีแนวคิดเช่นนี้อาจส่งผลกระทบต่อแพทย์ได้

.....หากแพทย์ไม่สามารถระบุหรือยืนยันได้ว่าในวันดังกล่าวผู้ป่วยมีบาดแผลประการใด เช่นนี้แพทย์อื่น (รวมถึงแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์) ย่อมไม่สามารถที่จะระบุบาดแผลอะไรได้ เพราะเท่ากับเป็นการเพิ่มเติมสิ่งที่ตรวจพบโดยผลการอาจเข้าข่ายการให้ข้อความอันเป็นเท็จได้

### อุทาหรณ์ (รายงานผู้ป่วยหนึ่งราย)

#### ประวัติ:

ผู้ป่วยเป็นชาย อายุ 35 ปี มีประวัติเป็นโรคไทรอยด์อยู่เดิม รักษาไปแล้วแต่ต้องการรับยาเพิ่มเพราะลืมยาไว้บนรถรับจ้าง เนื่องจากมีปัญหาเกี่ยวกับคนขับรถรับจ้างเกิดการชิงทรัพย์

วันเกิดเหตุผู้ป่วยมาสถานพยาบาลเพื่อรับยาแล้วกลับด้วยรถรับจ้างขณะที่ผู้ป่วยนั่งรถรับจ้างได้มีปัญหากับคนขับรถรับจ้างเนื่องจากถูกประทุษร้ายและจะชิงทรัพย์ ผู้ป่วยจำต้องโดดลงมาจากรถ ต่อมาเกิดการต่อสู้กับคนขับรถจนเกิดการบาดเจ็บเนื่องจากถูกทำร้ายร่างกาย ผู้ป่วยจึงต้องมาที่โรงพยาบาลอีกครั้งหนึ่งในตอนสายของวันเกิดเหตุ

เมื่อมาถึงโรงพยาบาลจึงได้ยื่นบัตรแจ้งกับพยาบาลว่า “ยาไทรอยด์ที่รับหายในรถรับจ้าง” ผู้ป่วยถูกส่งเข้ารับการตรวจโรคไทรอยด์ และแจ้งกับแพทย์เช่นกันว่ายาตกหายในรถรับจ้าง แพทย์จึงได้สั่งยาไทรอยด์เท่าที่นั่นดังเช่นตามปกติที่เคยได้ มีการบันทึกไว้ในเวชระเบียน (OPD Card) (ภาพที่ 1)

#### “ในบันทึกที่ปรากฏ

#### ในเวชระเบียน มีเนื้อหา:

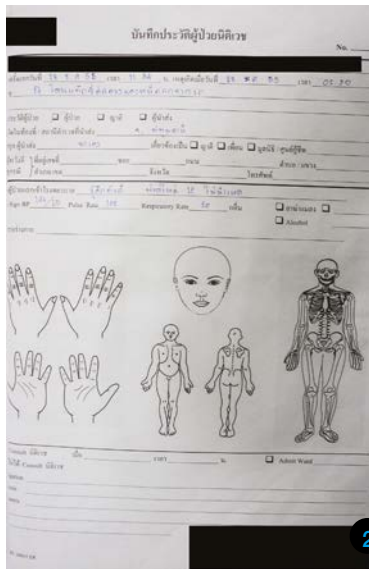
\* ขอรับยา (ไทรอยด์)  
(pt มีใบแจ้งความเนื่องจากลืมยาไว้บนรถแท็กซี่เหตุโดนล่อลวง)

\* Case Hyperthyroid  
ทำยาหล่นหายในรถแท็กซี่ มาขอรับยาเพิ่ม”

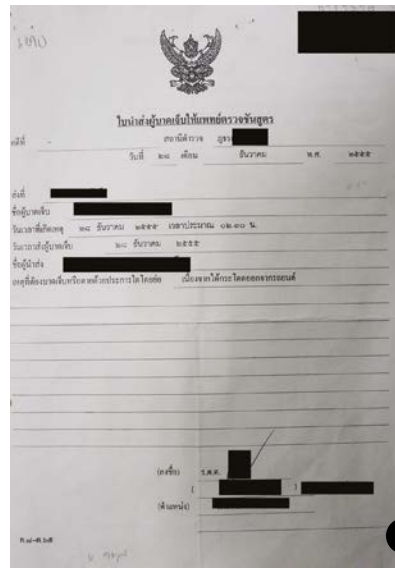
ในภาพบันทึกทางประวัติผู้ป่วยนิติเวชศาสตร์มีบันทึกไว้ (โดยพยาบาล) ว่า

\* pt โดนรถแท็กซี่ล่อลวงแล้วหนีออกจากรถ

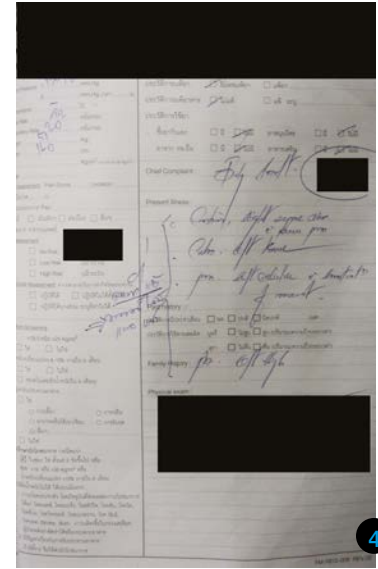
\* รู้สึกตัวดี ปวดไหล่ Lf ไม่มีแผล



2



3



4

ผู้ป่วยได้รับการสอบถามถึงอาการทางระบบต่อมไร้ท่อ (ไทรอยด์) โดยไม่ได้มีการบันทึกเกี่ยวกับการได้รับบาดเจ็บหรือบาดแผลตามร่างกายที่เกิดขึ้นจากการถูกทำร้ายแต่อย่างใด เมื่อผู้ป่วยได้รับยาแล้วก็กลับไป (แพทย์อาจไม่ได้อ่านข้อความที่พยาบาลเขียนไว้ที่ในส่วนบนของบันทึกเวชระเบียน และ/หรือผู้ป่วยอาจไม่ได้แจ้งเรื่องการมาตรวจด้วยว่าสาเหตุที่ยาหายเพราะถูกคนขับรถรับจ้างจะชิงทรัพย์จนต้องวิ่งหนีจึงทิ้งยาไว้ในรถ

อย่างไรก็ตาม มีบันทึกเกี่ยวกับการรอดตรวจทางนิติเวชศาสตร์ เนื่องจากผู้ป่วยถูกทำร้ายไว้ด้วยแต่ไม่ได้มีการตรวจแต่อย่างใด (ภาพที่ 2)

ต่อมาได้มีพนักงานสอบสวน (สถานีตำรวจท้องที่ที่เกิดเหตุ) นำเอกสาร คือ **“ใบนำส่งผู้บาดเจ็บหรือศพให้แพทย์ตรวจชันสูตร”** มาให้แพทย์ทำการกรอก (ผ่านมาแล้วหลายสัปดาห์) (ภาพที่ 3) โดยแพทย์ที่ตรวจในวันมารับยาไทรอยด์ไม่ได้มีการตรวจและบันทึกรายละเอียดไว้แต่ประการใด อีกทั้งยังไม่ได้มีการตรวจโดยแพทย์อื่นใดอีกเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ได้รับในวันที่มาขอรับยา เรื่องดังกล่าวจึงได้ทำการปรึกษาขอความเห็นมายัง “แพทย์ทางนิติเวชศาสตร์”

ผู้ป่วยมาพบแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ แพทย์ได้ซักถามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเรื่องการถูกชิงทรัพย์และดูในบันทึกเวชระเบียนแล้วเพื่อที่พยายามจะทำการสรุปรายละเอียดเกี่ยวกับการตรวจและสภาพแห่งการบาดเจ็บที่พบในวันและเวลาที่ผู้ป่วยเข้ารับการดำเนินการทางการแพทย์แล้วปรากฏว่า **“ไม่พบการจดบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับสภาพแห่งการบาดเจ็บไว้เลย”** มีเพียงการจ่ายยาไทรอยด์ให้แก่ผู้ป่วย

เท่านั้นในวันดังกล่าว อีกทั้งในวันที่มาพบแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์นั้นเป็นเวลาที่ผ่านมาแล้วกว่าสามสัปดาห์โดยในขณะที่มารับการตรวจโดยแพทย์นิติเวชศาสตร์นั้น ไม่ปรากฏร่องรอยของบาดแผลตามเนื้อตัว ร่างกาย แขน ขา ปรากฏให้เห็น (เนื่องจากเวลาที่มาตรวจในครั้งนี้อย่างจากวันเวลาแห่งการเกิดเหตุหลายสัปดาห์) (ภาพที่ 4) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยืนยันว่าได้แจ้งกับแพทย์ที่มารับยาในวันดังกล่าวแล้วว่าตนเองถูกชิงทรัพย์และทำร้ายโดยผู้ขับรถรับจ้างและต้องโดดลงจากรถเพื่อให้แพทย์ตรวจร่างกายด้วย

#### การดำเนินการโดยแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์:

ได้ลองบันทึกสิ่งที่ผู้ป่วยแจ้งว่า **“มีบาดแผลในวันที่เกิดเหตุ”** ที่มาพบแพทย์ครั้งแรกหลังจากถูกทำร้ายร่างกายเพื่อรับการตรวจ (แต่แพทย์ไม่ได้บันทึก) และผู้ป่วยประสงค์ให้มีการบันทึก (ภาพที่ 4)

- contusion at right upper arm with forearm pain
- contusion, left knee
- pain left shoulder, with limitation of movement
- pain at left thigh

โดยแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ได้รับรู้ว่า ในวันที่มาพบแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์นั้นไม่พบบาดแผลแล้ว (ผ่านมาหลายสัปดาห์แล้ว) และส่งเรื่องให้แพทย์ที่ทำการตรวจผู้ป่วยในวันดังกล่าว (ที่มารับการตรวจวันนั้น) ได้ยืนยันบันทึกบาดแผล (หากจำได้) เพื่อทางนิติเวชศาสตร์จะได้ช่วยดำเนินการต่อไปในทางคดี

แพทย์ที่ตรวจในวันที่ผู้ป่วยมาขอรับยาเพราะว่ายาหายแจ้งว่า **“ตนเองไม่ได้ตรวจผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยแจ้งเพียงว่ามารับยาที่ทำหายในรถรับจ้าง”** จึงไม่มีการบันทึกการบาดเจ็บไว้ และจำไม่ได้ถึงลักษณะบาดแผลที่มี และจะมีหรือไม่เพียงใดก็ไม่อาจยืนยันได้

#### วิเคราะห์และวิจารณ์

##### ประการที่ 1: สิ่งที่เกิดขึ้น

1. พนักงานสอบสวนต้องการเอกสารเพื่อดำเนินคดี ในกรณีดังกล่าวนี้ผู้ป่วยแจ้งความร้องทุกข์กับพนักงานสอบสวนไว้แล้ว ณ สถานีตำรวจแห่งท้องที่ที่เกิดเหตุ

2. แพทย์ที่ตรวจผู้ป่วยในครั้งแรกไม่ได้บันทึกการบาดเจ็บอะไรไว้เลย เนื่องจากอ้างว่า “ผู้ป่วยมีได้แจ้งถึงเหตุที่มาพบด้วยเรื่องการถูกทำร้ายด้วยเพียงแต่มารับยาเรื่องไทรอยด์” เท่านั้น

3. มีการบันทึกโดยพยาบาลว่า “pt โดนรถแท็กที่ล้อลงแล้วหนีออกจากรถ” และ “รู้สึกตัวดี ปวดไหล่ Lf ไม่มีแผล” เท่านั้น

4. แพทย์ทางนิติเวชศาสตร์ไม่สามารถดำเนินการเรื่องบาดเจ็บที่ผู้ป่วยแจ้ง (ต้องการให้ระบุในเอกสาร) ซึ่งแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์มิได้เห็นบาดแผลใด ๆ แล้วในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์

5. สถานพยาบาลต้องการให้พนักงานสอบสวนและผู้ป่วยได้รับสิ่งที่ตนเองประสงค์คือ พนักงานสอบสวนต้องการเอกสารทางคดี และผู้ป่วยต้องการให้พนักงานสอบสวนได้รับเอกสารเพื่อจะได้ดำเนินการทางคดีต่อเนื่องได้

### ประการที่ 2: ประเด็นเกี่ยวกับการดำเนินการในเรื่องดังกล่าว

1. สามารถออกใบนำส่งผู้บาดเจ็บเพื่อแพทย์ตรวจชันสูตร (ใบชันสูตรบาดเจ็บ) ให้แก่พนักงานสอบสวนในเรื่องดังกล่าวนี้ได้หรือไม่

**แนวทาง:** จำต้องออกเอกสารเพื่อให้กับเจ้าพนักงานแต่จำต้องเป็นไปตามเกณฑ์แห่งการออกเอกสาร

2. ใครจะเป็นผู้ที่ออกใบชันสูตรบาดเจ็บให้แก่พนักงานสอบสวน

**แนวทาง:** เป็นไปตามแนวทางที่ถูกกำหนดไว้ในงานของสถานพยาบาล โดยหลักจะให้แพทย์ที่ได้ตรวจผู้ป่วย

3. เนื้อหาที่ออกจะเป็นประการใด

**แนวทาง:** จะต้องเป็นเนื้อหาที่เป็นความจริงและมาตรฐานทางการแพทย์

4. ใครจะเป็นผู้มารับเอกสารดังกล่าว

**แนวทาง:** โดยทั่วไปจะเป็นเจ้าพนักงานที่นำส่งเอกสาร

5. ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับการออกเอกสาร

**แนวทาง:** การที่แพทย์ออกเอกสารอันไม่เป็นไปตามความเป็นจริงและมาตรฐานอาจส่งผลให้เกิดความผิดต่อแพทย์ทั้งด้านอาญา ด้านแพ่ง ด้านจริยธรรม และด้านวินัยได้<sup>4,5,6</sup>

### ประการที่ 3: แนวทางในการดำเนินการโดยทั่วไป

เนื่องจากไม่มีการบันทึกการบาดเจ็บปรากฏให้เห็นในวันที่ผู้ป่วยมารับยา มีเพียงการบันทึกของพยาบาลที่ว่า “ปวดไหล่ Lf ไม่มีแผล” เท่านั้น แนวทางในการดำเนินการเพื่อใบชันสูตรบาดเจ็บ (ใบนำส่งผู้บาดเจ็บเพื่อแพทย์ตรวจชันสูตร) จึงต้องพิจารณา ดังนี้

#### หลักเกณฑ์ในการออกใบชันสูตรบาดเจ็บโดยทั่วไป

##### 1. ต้องเป็นจริง

หมายความว่า การออกเอกสารนี้ (ใบนำส่งผู้บาดเจ็บเพื่อแพทย์ตรวจชันสูตร) ต้องเป็นความเป็นจริงเท่านั้น หากผู้ป่วยมีบาดแผลต้องระบุไว้ หากไม่มีบาดแผลย่อมไม่อาจเขียนเพิ่มเติมได้เอง

##### 2. ต้องเป็นไปตามมาตรฐาน

หมายความว่า มีมาตรฐานในการออกเอกสารนี้ ทั้งนี้เป็นไปตามกรอบของแพทยสภา<sup>1,2</sup>

##### 3. ออกในเวลาที่เหมาะสม

หมายความว่า เวลาที่จะออกเอกสารนั้นต้องเป็นเวลาที่สามารถออกรายละเอียดได้และสามารถประเมินสภาพแห่งการบาดเจ็บ การหาย ฯลฯ ได้

ตามสมควรแล้ว หากยังอยู่ในสภาวะที่กำกวมหรือเสี่ยงอันตรายหรือยังไม่แน่ใจในสภาพที่ผู้ป่วยได้รับนั้น แพทย์ยังคงต้องรอเวลาให้ถึงสภาพที่ “นิ่ง” (stable) ก่อนจึงจะออกเอกสารเพื่อให้สอดคล้องกับความ เป็นจริง และเพื่อการปรับบทบัญญัติของกฎหมาย ในการดำเนินคดีความต่อไป เช่น ตามประมวลกฎหมายอาญา ในเรื่องการทำร้ายร่างกายไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย เป็นอันตรายต่อร่างกาย หรือเป็นอันตรายบาดเจ็บสาหัส เป็นต้น

#### 4. ให้แก่บุคคลที่มีสิทธิ

หมายความว่า เอกสารที่เจ้าพนักงานส่งมา เพื่อให้แพทย์ดำเนินการสมควรให้แก่เจ้าพนักงาน นั้น เว้นเสียแต่เจ้าพนักงานนั้นจะมอบหมายให้บุคคลอื่นมาทำการรับแทน

#### 5. ต้องออกความเห็น

หมายความว่า ความเห็นเกี่ยวกับสภาพของบาดเจ็บ การบาดเจ็บ และอื่น ๆ เช่น ระยะ เวลาแห่งการหายของบาดเจ็บ เป็นต้น

#### 6. ความเห็นอาจมีดุลพินิจได้ในกรอบ

หมายความว่า แพทย์สามารถที่จะให้ความเห็นเกี่ยวกับสภาพการบาดเจ็บหรือแผลในเชิงดุลพินิจเพิ่มเติมได้ เช่น หากการรักษาไม่ทันเวลาจะถึงแก่ชีวิต เป็นต้น

#### 7. เป็นไปตามกฎเกณฑ์

หมายความว่า กรอบการตรวจ การบันทึก การให้ความเห็น ต้องเป็นไปตามกฎเกณฑ์เฉพาะเรื่อง อีกทั้งแนวทางในการดำเนินการเกี่ยวกับเอกสารอาจมีกฎเกณฑ์ที่เป็นไปตามแนวทางของแต่ละสถานพยาบาลได้เพื่อความสะดวก แต่ต้องไม่ขัดกับหลักเกณฑ์พื้นฐาน

#### 8. ต้องมีสำเนา

หมายความว่า จำเป็นต้องมีสำเนาไว้เพื่อว่าอาจมีการทำเอกสารหาย มีการอ้างอิงถึงเอกสารดังกล่าว มีการแก้ไขเอกสาร ฯลฯ แพทย์ที่ดำเนินการจะได้ทราบว่า แท้ที่จริงแล้วต้นฉบับที่ตนดำเนินการนั้นมีประการใด

#### 9. ถ้าออกเอกสารข้อสมควรกล่าวถึงเอกสารเดิมด้วย

หมายความว่า หากมีการออกเอกสารหลายฉบับซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ามีความต่อเนื่อง หรือเป็นสภาพที่เกิดขึ้นในภายหลัง เช่น การเกิดสภาวะแทรกซ้อน ทำให้จำต้องระบุรายละเอียดเพิ่มเติม หรือต้องให้ระยะเวลาแห่งการหายของบาดเจ็บนานขึ้น เป็นต้น แพทย์สามารถทำได้แต่ต้องระบุถึงเอกสาร



เดิมที่แพทย์ได้ออกให้และให้ความเห็นไปแล้วด้วย เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพแห่งความเป็นจริงทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น

## 10. ต้องมีลายมือชื่อผู้ทำเอกสาร

หมายความว่า แพทย์ที่ออกเอกสารหรือหลักฐานย่อมต้องมีการลงลายมือชื่อตนเพื่อแสดงถึงความสมบูรณ์ของการรับรองและการทำเอกสาร

### แนวทางดำเนินการกรณีตามอุทาหรณ์

1. ส่งเวชระเบียนให้แก่แพทย์ที่ทำการตรวจในวันดังกล่าวเพื่อให้ระบุถึงบาดแผลตามที่จำได้ในประการนี้หากแพทย์ผู้ทำการตรวจสามารถระบุได้ว่าในวันที่ผู้ป่วยมารับการตรวจนั้นมีบาดแผลใดบ้างเป็นประการใด (ทั้งนี้อาจประมวลจากสิ่งที่ผู้ป่วยได้แจ้งแก่แพทย์) เช่นนี้ย่อมสามารถที่จะดำเนินการต่อไปได้

2. หากแพทย์ไม่สามารถระบุหรือยืนยันได้ว่าในวันดังกล่าวผู้ป่วยมีบาดแผลประการใด เช่นนี้แพทย์อื่น (รวมถึงแพทย์ทางนิติเวชศาสตร์) ย่อมไม่สามารถที่จะระบุบาดแผลเองได้ เพราะเท่ากับเป็นการเพิ่มเติมสิ่งที่ตรวจพบโดยพลการ อาจเข้าข่ายการให้ข้อความอันเป็นเท็จได้

3. ในผู้ป่วยรายดังกล่าวนี้ แพทย์ผู้ตรวจไม่สามารถระบุหรือยืนยันได้ว่า บาดแผลที่ผู้ป่วยแจ้งมา (ในภายหลัง) มีหรือไม่

4. แนวทางในการดำเนินการที่เหมาะสมย่อมเป็นไปตามมาตรฐานแห่งการให้ความเห็นทางการแพทย์ตามที่แพทยสมาคมกำหนด เช่น

**ภายหลังจากที่ได้ตรวจดูบันทึกในเวชระเบียนของผู้ป่วยทั้งหมด รวมถึงในวันที่มารับการตรวจตามที่แจ้งไว้แล้ว**

**ก. ผู้ป่วยมารับการตรวจในวันเวลา และสถานที่ดังกล่าวจริง**

**ข. ได้รับยาที่ผู้ป่วยแจ้งว่าสูญหายจริง**

**ค. ไม่มีการบันทึกในเรื่องบาดแผลที่มีอยู่ในวันดังกล่าว**  
**ง. ไม่อาจจะระบุหรือสรุปได้ว่าในวันดังกล่าวผู้ป่วยมีบาดแผล**

**หรือไม่เพียงใด**

5. ลงลายมือชื่อผู้สรุป

6. ตัวอย่างข้อความที่อาจเขียนด้านหลังของ “รายงานการนำส่งผู้บาดเจ็บเพื่อแพทย์ตรวจชันสูตร” (ภาพที่ 5)

### สิ่งที่แพทย์จำต้องคำนึง

ข้อ 1: แพทย์ต้องพึงระวังอย่างมากกับเอกสารที่ทำเพื่อผลทางคดีความ สิ่งสำคัญยิ่งก็คือ ข้อความที่ระบุนั้นจะต้อง “เป็นจริง” เสมอ

ข้อ 2: แพทย์ต้องยึดเกณฑ์ทางการแพทย์ประกอบการประกอบวิชาชีพเวชกรรม<sup>3</sup> รวมถึงการทำความเข้าใจกับผู้ป่วย บุคคลที่มีสิทธิต่าง ๆ

ข้อ 3: แพทย์ต้องระวังอย่างยิ่งกับการทำเอกสารที่ไม่เป็นไปตามความจริงและไม่เป็นมาตรฐาน เพราะอาจเข้าข่ายความผิดทางแพ่ง ทางอาญา ทางจริยธรรม และทางวินัยได้<sup>4,5,6</sup>

### สรุป

การที่แพทย์มิได้ทำการตรวจผู้ป่วยเลยจึงไม่มีผลการตรวจสภาพแห่งการบาดเจ็บหรือบาดแผลปรากฏให้รับทราบในประวัติของผู้ป่วย (เวชระเบียน) แพทย์ที่จะทำการสรุปสภาพแห่งการบาดเจ็บเพื่อให้ทราบ “มีการบาดเจ็บหรือไม่” รวมถึงการทำความเข้าใจโดยเฉพาะระยะเวลาของการหายของบาดแผลเพื่อการปรับใช้บทบัญญัติของกฎหมายในการดำเนินการนั้น จึงถูกจำกัดไปในตัวด้วย แต่อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญที่ต้องคำนึงถึงก็คือ การให้ความเห็นทางการแพทย์ย่อมต้อง **“เป็นจริงและเป็นไปตามมาตรฐานทางการแพทย์ด้วย”** มิเช่นนั้นอาจทำให้แพทย์ถูกกล่าวหาว่าให้ความเห็นโดยมิชอบหรือไม่เป็นไปตามกฎหมาย

### เอกสารอ้างอิง

1. แพทยสภา. เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555. [www.tmc.or.th](http://www.tmc.or.th).
2. ประกาศแพทยสภา ที่ 12/2555 เรื่อง เกณฑ์ความรู้ความสามารถในการประเมินเพื่อรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2555 (รับรองโดยคณะกรรมการแพทยสภาในการประชุมครั้งที่ 12/2554 วันที่ 8 ธันวาคม พ.ศ. 2554) มีผลตั้งแต่วันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2555.
3. พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา 2525:99:1-24.
4. ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์. <http://web.krisdika.go.th/data/law/law4/%BB03/%BB03-20-9999-update.pdf>
5. ประมวลกฎหมายอาญา. <http://www.dopa.go.th/dopanew/law/02.pdf>
6. ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549. [http://www.tmc.or.th/service\\_law02\\_17.php](http://www.tmc.or.th/service_law02_17.php)

ปัญหาที่พบในแผนกเอกซเรย์คือ ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ไม่รู้สึกตัว บางรายมีอาการบาดเจ็บของร่างกายส่วนล่างร่วมด้วย ไม่สามารถยืนได้ ทำให้ประสบปัญหาการถ่ายภาพเอกซเรย์ท่า Transcapular ที่ต้องการดู Fracture หรือ dislocate ของ Shoulder and Scapula



คุณสุนทรี มาปุ๊ก และคณะ

ระเบียบวิจัย เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลหลังการทดลอง สิ่งที่ใช้ในการทดลองคือ รูปแบบการเอกซเรย์หัวไหล่ที่พัฒนาขึ้น โดยมีการปรับปรุงเป็นระยะ ๆ นำไปดำเนินการในโรงพยาบาลคามิลเลียน ตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2556 - เมษายน พ.ศ. 2557 ดำเนินการเป็น 3 ระยะคือ ก่อนทดลอง ระหว่างทดลอง และหลังทดลอง ประชากรคือ ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่บาดเจ็บที่ shoulder and scapula และส่งมาทำเอกซเรย์ท่า Transcapular ในพื้นที่ทดลองรวม 10 ครั้ง ในประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลผลการวิจัยคือ ใบส่งตรวจทางรังสี วินิจฉัย ภาพถ่ายทางรังสี แบบรายงานผลอ่านภาพทางรังสีวินิจฉัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า การเอกซเรย์แบบใหม่ ผู้ป่วยสามารถนอนถ่ายเอกซเรย์ shoulder ท่า Transcapular ได้โดยไม่ต้องยีนถ่าย ใช้เวลาในการเคลื่อนย้ายหรือช่วยตัวผู้ป่วยน้อยกว่า โดยภาพเอกซเรย์ที่ได้มีคุณภาพไม่ต่างจากเดิม รูปแบบที่

## การพัฒนากการถ่ายภาพเอกซเรย์ shoulder ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ป้องกันการบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้าย

จากปัญหาดังกล่าว คุณสุนทรี มาปุ๊ก แผนกเอกซเรย์ โรงพยาบาลคามิลเลียน และคณะ จึงได้พัฒนาวิธีการจัดทำ Reverse Transcapular เพื่อใช้กับผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยมีให้ผู้ป่วยได้รับความเจ็บปวดและการบาดเจ็บเพิ่มมากขึ้น

คุณสุนทรี กล่าวว่า ในบางครั้งการส่งตรวจเอกซเรย์ แพทย์ผู้ส่งตรวจได้สั่งทำการตรวจเพื่อใช้ในการวินิจฉัยที่จำเป็นต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วย หรือต้องให้ผู้ป่วยลุกยืนถ่ายภาพเอกซเรย์ในท่าตัวตั้งตรง ดังเช่นการส่งตรวจท่า Transcapular จึงเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาผลงานการถ่ายภาพเอกซเรย์ shoulder ผู้ป่วยอุบัติเหตุ (The development of shoulder imaging in Trauma Patients) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการเอกซเรย์หัวไหล่ท่า Transcapular ในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ไม่สามารถยืนได้ และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บเพิ่มขึ้นจากการเคลื่อนย้าย



การจัดทำและถ่ายภาพเอกซเรย์ท่า Transcapular



การจัดทำและถ่ายภาพเอกซเรย์ท่า Reverse Transcapular



พัฒนาขึ้นใช้อุปกรณ์เอกซเรย์ที่มีอยู่ โดยเพิ่มนักรังสีเทคนิคที่มี shoulder ปกติมาเป็นอาสาสมัคร รังสีแพทย์ และแพทย์ศัลยกรรมกระดูกที่มาร่วมกันแปลผล

คุณสุนทรี กล่าวอีกว่า ปัจจุบันได้มีการนำไปใช้แก้ปัญหาผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุตั้งแต่เริ่มดำเนินการ และได้นำไปเผยแพร่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับนักรังสีเทคนิคของโรงพยาบาลอื่น ๆ ให้สามารถนำไปใช้ในงานของตนได้ ช่วยให้เกิดความปลอดภัยหรืออันตรายจากการเคลื่อนย้ายและการจัดทำผู้ป่วยอุบัติเหตุได้

ทั้งนี้ในการจัดทำเอกซเรย์ในการถ่ายภาพอวัยวะต่าง ๆ จำเป็นต้องคำนึงถึงความถูกต้องของ Anatomy ในส่วนที่ต้องการตรวจ ดังนั้น ในการนำเสนอแนวทางการจัดทำที่ไม่ได้มีแบบแผนอ้างอิงตาม Text book จำเป็นต้องได้รับความเห็นชอบจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญหลาย ๆ ท่านเพื่อให้เป็นที่ยอมรับ และนำมาสู่การเรียนรู้แก่บุคลากรในหน่วยงาน และพัฒนาให้มีความชำนาญมากยิ่งขึ้น

“ความสำเร็จของผลงานชิ้นนี้เกิดจากการใส่ใจในการทำงานของนักรังสีเทคนิค แผนกเอกซเรย์ ในการดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนก มีการนำทฤษฎีและหลักการในด้านของวิชาชีพรังสีเทคนิคมาพัฒนาเพื่อใช้กับผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการให้บริการได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและมีคุณภาพด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ รวมถึงได้รับการสนับสนุนจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นอย่างดี และขอขอบคุณ รศ.นพ.สมชาติ ไตรภพ ที่ได้จุดประกายการทำงาน R2R ในครั้งนี้” คุณสุนทรี กล่าวทิ้งท้าย



การเปรียบเทียบภาพถ่ายเอกซเรย์ระหว่างท่า Transcapular และ Reverse Transcapular



ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ศิริราช

## จัดประชุมวิชาการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพฯ

ในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน พ.ศ. 2558



รศ.นพ.ประเสริฐ คันสนียาวิทย์กุล ประธานคณะกรรมการจัดงานประชุมวิชาการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน พ.ศ. 2558 ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ขอเชิญสูตินรีแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรทางการแพทย์ด้านสูตินรีเวชกรรม เข้าร่วมประชุมวิชาการเฉลิมพระเกียรติฯ

**THEME: Common & Rare Items in OB-GYN 2015** ระหว่างวันที่ 17-20 มีนาคม พ.ศ. 2558 ณ ห้องประชุมราชบัณฑิตยสถาน ชั้น 1-2 และห้องประชุมอวย เกตุสิงห์ อาคารศรีสวรินทิรา ชั้น 1-3 โรงพยาบาลศิริราช ซึ่งทางภาควิชาฯ ได้จัดติดต่อสืบเนื่องตลอดมาเป็นระยะเวลา 9 ปี และประสบความสำเร็จด้วยดีมาโดยตลอด มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสูตินรีแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรทางการแพทย์ด้านสูตินรีเวชกรรมจากทั่วประเทศเข้าร่วมประชุมมากกว่า 1,000 คน ทุกปี



ในปีนีทางคณะกรรมการได้จัดให้มีหัวข้อการประชุมที่หลากหลายมุ่งเน้นเนื้อหาการดูแลปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยสตรี ทั้งที่เป็นปัญหาสำคัญที่พบบ่อย และรวมถึงกรณีศึกษาที่พบได้ไม่บ่อย แต่ทรงคุณค่าในการศึกษาเรียนรู้ และอาจมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ นอกจากนั้นยังมี Pre-congress Workshops จำนวน 9 Workshops ซึ่งผู้เข้าอบรมจะได้

รับความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติเพื่อเพิ่มพูนความรู้ เทคนิคใหม่ ๆ ที่ทันยุคทันสมัย สามารถนำไปปรับใช้ในองค์กรได้ เพื่อให้เกิดการบริการดูแลรักษาสุขภาพสตรีให้ได้มาตรฐาน ปลอดภัยทัดเทียมนานาชาติในประเทศไทย โดยยึดสตรีผู้เข้ารับบริการรักษาเป็นศูนย์กลางในการให้บริการ และเป็นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนอย่างมั่นคงและแข็งแกร่งภายในสิ้นปี พ.ศ. 2558 ที่กำลังจะใกล้เข้ามา ทางคณะกรรมการจัดงานจึงขอเรียนเชิญสูตินรีแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ด้านสูตินรีเวชกรรมทุกท่านเข้าร่วมงานประชุมวิชาการในครั้งนี้

สอบถามข้อมูลการประชุมเพิ่มเติมได้ที่ คุณอังสุมลีย์ ปุณรัตน์รังษี ผู้ประสานงานประชุม โทรศัพท์ 0-2419-4779, 08-5318-8865 หรือต้องการทราบรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการลงทะเบียน กรุณาติดต่อคุณอนันตพร นมรักษ์ โทรศัพท์ 0-2419-4638, 08-4375-9490 โทรสาร 0-2419-4780 E-mail: sianrn@hotmail.com หรือ [www.sirirajconference.com](http://www.sirirajconference.com)





| วันที่                                                                                                     | หน่วยงาน                                                                                                                                                                                        | รายละเอียด                                                                                                                                                                                                                                    | ติดต่อสอบถาม                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 25-27 กุมภาพันธ์ 2558<br> | สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย                                                                                                                                                             | Update on Pediatric Infectious Diseases 2015<br>ณ ห้องประชุม ชั้น 2 โรงแรมเดอะสุโกศล (สยามซีดีเดิม) ราชเทวี กรุงเทพฯ                                                                                                                          | โทรศัพท์ 0-2716-6534-5,<br>0-2644-4135<br>โทรสาร 0-2644-4135<br>www.pidst.net                                |
| 26-27 กุมภาพันธ์ 2558<br> | ชมรมคอลโปสโคปีและพยาธิสภาพปากมดลูกแห่งประเทศไทย ร่วมกับสถาบันมะเร็งแห่งชาติ                                                                                                                     | การประชุมวิชาการ 2558 Advanced course on colposcopy: HPV at a Crossroads ณ โรงแรมเอเชีย ราชเทวี กรุงเทพฯ                                                                                                                                      | โทรศัพท์ 0-2716-6441, 0-2354-7025 ต่อ 1521, 2406<br>โทรสาร 0-2716-6442, 0-2644-5856<br>www.tgcssthai.com     |
| 27 กุมภาพันธ์ 2558<br>    | โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล                                                                                                                                                          | การประชุมวิชาการ Geriatrics Annual Meeting 2015<br>Theme: Approach toward Aging Society 2015 ณ ศูนย์ประชุมชั้น 21 อาคาร BI Clinic โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ อินเตอร์เนชั่นแนล                                                                      | โทรศัพท์ 0-2667-1883<br>โทรสาร 0-2262-5022<br>E-mail: medical.education@bumrungrad.com<br>www.nephrothai.org |
| 1-4 มีนาคม 2558<br>       | Asian and Oceanian Myology Center คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ร่วมกับสมาคมประสาทวิทยาแห่งประเทศไทย และ The Japanese Foundation of Neuroscience and Mental Health | การประชุมวิชาการนานาชาติด้านโรคกล้ามเนื้อ 14 <sup>th</sup> AOMC ANNUAL SCIENTIFIC MEETING 2015 ณ โรงแรมแวงกรีลา กรุงเทพฯ                                                                                                                      | โทรศัพท์ 0-2201-2211 ต่อ 229<br>โทรสาร 0-2201-2698<br>E-mail: mcpc.thailand@hotmail.com<br>www.aomc2015.com  |
| 4-6 มีนาคม 2558<br>     | สมาคมแพทย์ผิวหนังแห่งประเทศไทย ร่วมกับชมรมแพทย์ผิวหนังเด็กแห่งประเทศไทย                                                                                                                         | 8 <sup>th</sup> Regional Scientific Meeting on Pediatric Dermatology และ 40 <sup>th</sup> Dermatological Society of Thailand Annual Meeting<br>Theme: Challengers in Pediatric Dermatology ณ โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ | E-mail: info@rpd2015.org<br>www.rpd2015.org<br>www.pedderm.org                                               |
| 5-6 มีนาคม 2558<br>     | ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล                                                                                                                              | การประชุมวิชาการ The 1 <sup>st</sup> Comprehensive Infection in Immunocompromised Host Symposium ณ ห้องอโนมาแกรนด์ โรงแรมอโนมา กรุงเทพฯ                                                                                                       | โทรศัพท์ 0-2201-1542, 0-2201-2193<br>www.acmrrama.com                                                        |
| 5-6 มีนาคม 2558<br>     | สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์                                                                                                                                              | Annual Scientific Meeting & ประชุมใหญ่สามัญประจำปี                                                                                                                                                                                            | โทรศัพท์ 0-2718-0060-5<br>โทรสาร 0-2718-0065<br>E-mail: thaiheart@thaiheart.org<br>www.thaiheart.org         |
| 10-13 มีนาคม 2558<br>   | สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)                                                                                                                                                     | การประชุมวิชาการประจำปี HA National Forum ครั้งที่ 16<br>Theme: Imagination for Quality (จินตนาการสร้างสรรค์คุณภาพ)<br>ณ ศูนย์การประชุมอิมแพ็ค ฟอรั่ม เมืองทองธานี                                                                            | โทรศัพท์ 0-2832-9400<br>โทรสาร 0-2832-9540<br>www.ha.or.th                                                   |
| 11-13 มีนาคม 2558<br>   | คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี ร่วมกับสถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล มหาวิทยาลัยมหิดล                                                                                                             | International Symposium on Medical Biotechnology 2015<br>ณ ห้องเวสต์บอลรูม ชั้น 23 โรงแรมเซ็นทาราแกรนด์ แอท เซ็นทรัลเวิลด์ กรุงเทพฯ                                                                                                           | โทรศัพท์ 0-2201-2211 ต่อ 229<br>โทรสาร 0-2201-2698<br>E-mail: mcpc.thailand@hotmail.com<br>www.ismb2015.com  |

ต้องการประชาสัมพันธ์ข่าวสารติดต่อกองบรรณาธิการกองการแพทย์ โทรศัพท์ 0-2435-2345 ต่อ 188 โทรสาร 0-2435-2345 ต่อ 181  
บริษัท สสวสาร จำกัด 71/17 ถนนบรมชนกนที แขวงจตุจักร อภิบาล เขตจตุจักร กทม. 10700 E-mail: hp\_14\_dna@hotmail.com

## Highlight International Congress 2015

| Date                                                                                                    | Title                                                                                          | City            | Country                  | Contact                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19-22 March 2015<br>   | 13 <sup>th</sup> Asia-Oceania ORL-HNS Congress & 5 <sup>th</sup> Asian Paediatric ORL Congress | Taipei          | Taiwan                   | <a href="http://www.13asiaoceania.com">www.13asiaoceania.com</a>                                                                                                                                                       |
| 19-22 March 2015<br>   | 4 <sup>th</sup> Global Congress for Consensus in Pediatrics and Child Health                   | Budapest        | Hungary                  | <a href="http://2015.cipediatics.org">http://2015.cipediatics.org</a>                                                                                                                                                  |
| 2-4 April 2015<br>     | Innovations in Valve and Structural Heart Disease                                              | Paradise Island | Bahamas                  | <a href="http://www.mayo.edu/cme/structuralheart2015">www.mayo.edu/cme/structuralheart2015</a>                                                                                                                         |
| 8 April 2015<br>      | Healthcare, Management, & Technology 2015 Conference                                           | Washington DC   | United States of America | <a href="http://www.advenaworld.com/heathcare-management-and-technology.html">www.advenaworld.com/heathcare-management-and-technology.html</a>                                                                         |
| 8-10 April 2015<br>  | Emory                                                                                          | Atlanta         | United States of America | <a href="http://arab-diabetes.com/EMORY">http://arab-diabetes.com/EMORY</a>                                                                                                                                            |
| 9-12 April 2015<br>  | SCOPE's 15 <sup>th</sup> Annual Meeting (SCOPE-2015)                                           | Vienna          | Austria                  | <a href="http://www.scopenetwork.org/34.htm">www.scopenetwork.org/34.htm</a>                                                                                                                                           |
| 11-13 April 2015<br> | Football Medicine Strategies for Player Care                                                   | London          | United Kingdom           | <a href="http://www.footballmedicinestrategies.com">www.footballmedicinestrategies.com</a>                                                                                                                             |
| 13-14 April 2015<br> | Asthma & COPD                                                                                  | London          | United Kingdom           | <a href="http://www.smi-online.co.uk/goto/2015asthma-copd26.asp">www.smi-online.co.uk/goto/2015asthma-copd26.asp</a>                                                                                                   |
| 13-14 April 2015<br> | International Symposium on Waterborne Pathogens 2015                                           | Savannah        | United States of America | <a href="http://www.awwa.org/conferences-education/conferences/waterborne-pathogens.aspx#7800304-call-for-papers">www.awwa.org/conferences-education/conferences/waterborne-pathogens.aspx#7800304-call-for-papers</a> |

For The Medical school, Healthcare Organization or any Company in Healthcare Industry, if you need to promote the medical symposium or the medical courses, please contact Wong Karn Pat Editorial Team at E-mail: [hp\\_14\\_dna@hotmail.com](mailto:hp_14_dna@hotmail.com) or send your information to our company, Sapphasan Co., Ltd. 71/17 Arunamarin Road, Bangkok-Noi District, Bangkok 10700 Tel. 0-2435-2345 # 188 FAX 0-2435-2345 # 181



## เข้าเฝ้าฯ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ

สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี พระราชทาน  
วโรกาสให้ นางสาวลักขณา ลีละยุทธโยธิน กรรมการบริษัท เซเรบอส  
(ประเทศไทย) จำกัด นำคณะกรรมการโครงการ แบรินด์...การให้ส่งต่อความสุข

ไม่สิ้นสุด เข้าเฝ้าฯ ทูลเกล้าฯ ถวายเงินรายได้จากการจำหน่ายกระเช้าของขวัญแบรินด์ในช่วงปีใหม่ เพื่อสมทบทุนมูลนิธิ  
ชาเทียม ในสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี ณ ศาลาดุสิดาลัย สวนจิตรลดา เมื่อไม่นานมานี้

## ประชุมมาลาเรียโลก ครั้งที่ 27

ศ.นพ.รัชตะ รัชตะนาวิน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เปิดการ  
ประชุมคณะกรรมการบริหารองค์การระหว่างประเทศอาร์บีเอ็ม เพื่อแก้ไขปัญหา  
โรคมาลาเรียทั่วโลก (Roll Back Malaria Partnership: RBM) ครั้งที่ 27 ปีนี้  
กระทรวงสาธารณสุขไทยร่วมเป็นเจ้าภาพกับองค์การมาลาเรียนานาชาติ โดยมี  
ดร.ฟาตูมาทา นาโฟ-ทราโอเร ผู้อำนวยการใหญ่อาร์บีเอ็ม เป็นประธานการประชุม และมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวง  
สาธารณสุขจากประเทศในทวีปแอฟริกา เอเชียใต้ อเมริกาใต้ และเอเชียแปซิฟิก รวมทั้งผู้บริหารระดับสูงและนักวิชาการจาก  
กระทรวงสาธารณสุขไทยเข้าร่วมประชุม ณ โรงแรมฟอร์ชีชั่น กรุงเทพฯ เมื่อไม่นานมานี้



## ร้อยละ 1,000 ปันข้อดี

ศ.คลินิก นพ.ประดิษฐ์ ปัญจวีณิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช  
ปิยมหาราชการุณย์ นำทีมศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ของโรงพยาบาล จัดกิจกรรม  
ร้อยละ 1,000 ปันข้อดี เพื่อให้ความรู้และเทคนิคการดูแลสุขภาพ และโภชนาการ  
หลังการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเทียมแก่ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข้าและครอบครัว

และร่วมแสดงความยินดีในโอกาสที่โรงพยาบาลได้ผ่านการรับรองโปรแกรมทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเข้าเทียม  
(CCPC TKR) ตามมาตรฐานของ JCI ณ สวนเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ เมื่อไม่นานมานี้

## มีตติ้งกับครอบครัวบ้านน้องแฝด

นางสาวจิตรนาถ บัวเจริญ ผู้จัดการฝ่ายลูกค้าสัมพันธ์ บริษัท มุ่งพัฒนา  
อินเตอร์เนตซ์ซันแนล จำกัด (มหาชน) ผู้ผลิตและจัดจำหน่ายผลิตภัณฑ์สำหรับ  
แม่และเด็กแบรนด์พีเจ้น นำทีมร่วมกิจกรรมมีตติ้งใหญ่กับครอบครัวบ้านน้องแฝด  
(Twin Meeting Fair Fun Family) โดยมี พญ.สุธีรา เอื้อไพโรจน์กิจ กุมารแพทย์  
ประจำโรงพยาบาลปิเอ็นเอช มาให้ความรู้และคำปรึกษา พร้อมเคล็ดลับเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพื่อให้คุณพ่อ  
คุณแม่ได้เลี้ยงดูลูกแฝดให้เติบโตได้อย่างมีความสุขที่ดีและแข็งแรง อีกทั้งยังเป็นการเชื่อมสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนสมาชิกอีกด้วย  
ภายในงานมีกิจกรรมต่าง ๆ มากมาย ซึ่งได้รับความสนใจจากครอบครัวบ้านน้องแฝดกว่า 100 ครอบครัว ณ Fun-arium  
สุขุมวิท 26 เมื่อไม่นานมานี้





# วาระการแพทย์ 2558

สัญจรทั่วไทย

วารสารวงการแพทย์ โดย บริษัท สรรพสาร จำกัด กับโครงการวงการแพทย์สัญจร  
ทั่วไทย 2558 ได้นำวารสารวงการแพทย์ไปมอบให้แก่แพทย์ตามโรงพยาบาลต่าง ๆ  
ในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ โดยในครั้งนี้ได้เดินทางไปมอบวารสารวงการแพทย์ให้แก่แพทย์  
ในโรงพยาบาลในพื้นที่ภาคใต้ ซึ่งได้รับการตอบรับที่ดีจากแพทย์ และเจ้าหน้าที่ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ  
เหล่านี้นับเป็นกำลังใจดี ๆ ในการสร้างสรรค์สื่อดี ๆ เพื่อสังคมต่อไป



ร.พ.คลองหอยโข่ง จ.สงขลา



ร.พ.จุฬารัตน์  
จ.นครศรีธรรมราช



ร.พ.ควนกาหลง จ.สตูล



ร.พ.ร่อนพิบูลย์ จ.นครศรีธรรมราช



ร.พ.ร่อนพิบูลย์  
จ.นครศรีธรรมราช





## วงการแพทย์ THE MEDICAL NEWS

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ:  
ความรู้ในเรื่องของแพทย์  
ข่าวสารความคืบหน้า  
วิทยาการเทคโนโลยีต่าง ๆ บทความ  
ผลงานวิจัย ตารางงานสัมมนา  
และบทความทางวิชาการ  
symposium  
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพ  
ทางด้านเวชกรรม



## วงการยา THE MEDICINE JOURNAL

วารสารที่น่าสนใจเนื้อหาสาระ:  
ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องยาในทุกด้าน  
บทความ รายงาน ผลงานการวิจัย  
การแนะนำยา เวชภัณฑ์ ฯลฯ  
สำหรับผู้ประกอบวิชาชีพทาง  
ด้านเภสัชกรรม



ชื่อผู้สมัคร.....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
อาชีพ ☐ แพทย์ สาขา .....  
☐ เภสัชกร กลุ่ม .....  
☐ อื่น ๆ .....  
สถานที่ทำงาน ..... ตำแหน่ง.....  
สถานที่ส่งวารสาร ☐ บ้าน ☐ ที่ทำงาน ที่อยู่.....  
.....รหัส.....โทรศัพท์บ้าน.....  
โทรศัพท์ที่ทำงาน.....FAX.....  
มือถือ.....

- ☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก **วารสารวงการแพทย์**  
○ 1 ปี (24 ฉบับ) **980** บาท ○ 2 ปี (48 ฉบับ) **1,900** บาท (แถม 2 เดือน)  
☐ มีความประสงค์จะสมัครสมาชิก **วารสารวงการยา**  
○ 1 ปี (12 ฉบับ) + CPE PLUS ในเล่ม **620** บาท ○ 2 ปี (24 ฉบับ) + CPE PLUS ในเล่ม **1,200** บาท (แถม 2 เดือน)  
ประเภทสมาชิก ☐ ใหม่ ☐ ต่ออายุ หมายเลขสมาชิก (ถ้ามี).....

**WEB SITE สำหรับ**  
**ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม**  
ที่รวบรวมข้อมูลข่าวสาร  
ทางการแพทย์ที่ทันสมัย  
ข้อมูลถึงมือท่านทันที  
ไม่ต้องเสียเวลาค้นหา  
เพียงคลิกเข้ามาที่  
**www.wongkarnpat.com**  
**ได้ข้อมูลถูกใจทันควัน**

Website Adviser  
Medical  
Magazine Online



**www.wongkarnpat.com**  
แหล่งรวมข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ โดยทีมงานคุณภาพ

- ☐ ธนาคารตี สั่งจ่าย ปณ.ต.สั่งชั้น 10170 ☐ ตัวแลกเงิน  
☐ เช็คขีดคร่อม A/C PAYEE ONLY สั่งจ่ายในนาม บ.สรรพสาร จก.  
เช็คธนาคาร .....สาขา.....เลขที่เช็ค.....  
☐ โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ในนาม บ.สรรพสาร จก.  
○ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาทีโอปัส ปิ่นเกล้า เลขที่ 264-205319-4  
○ ธนาคารกรุงเทพ สาขาเซ็นทรัลปิ่นเกล้า 2 เลขที่ 909-0-19827-7

สนใจติดต่อ บ.สรรพสาร จก.

71/17 ถ.บรมราชชนนี แขวงจตุรรมนรินทร์ เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

โทร. 0-2435-2345 ต่อ 134, 123

### หมายเหตุ

1. ถ้าชำระเงินด้วยวิธีโอนเงินเข้าธนาคาร กรุณาแนบสำเนาใบฝากเงิน (PAY-IN) มาพร้อมกับใบสมัครด้วย
2. บริษัทจะจัดส่งวารสารและใบสมัครรับเงิน พร้อมระบุหมายเลขที่สมาชิกให้ท่าน หลังจากที่ได้รับใบสมัครและได้รับชำระค่าสมาชิกจากท่านเรียบร้อยแล้ว
3. เพื่อความสะดวกรวดเร็วสามารถชำระค่าสมาชิกด้วยบัตรเครดิต และส่งแฟกซ์ได้ที่ หมายเลข

**0-2435-2345 ต่อ 181**

ติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่

**แผนกสมาชิกสัมพันธ์**

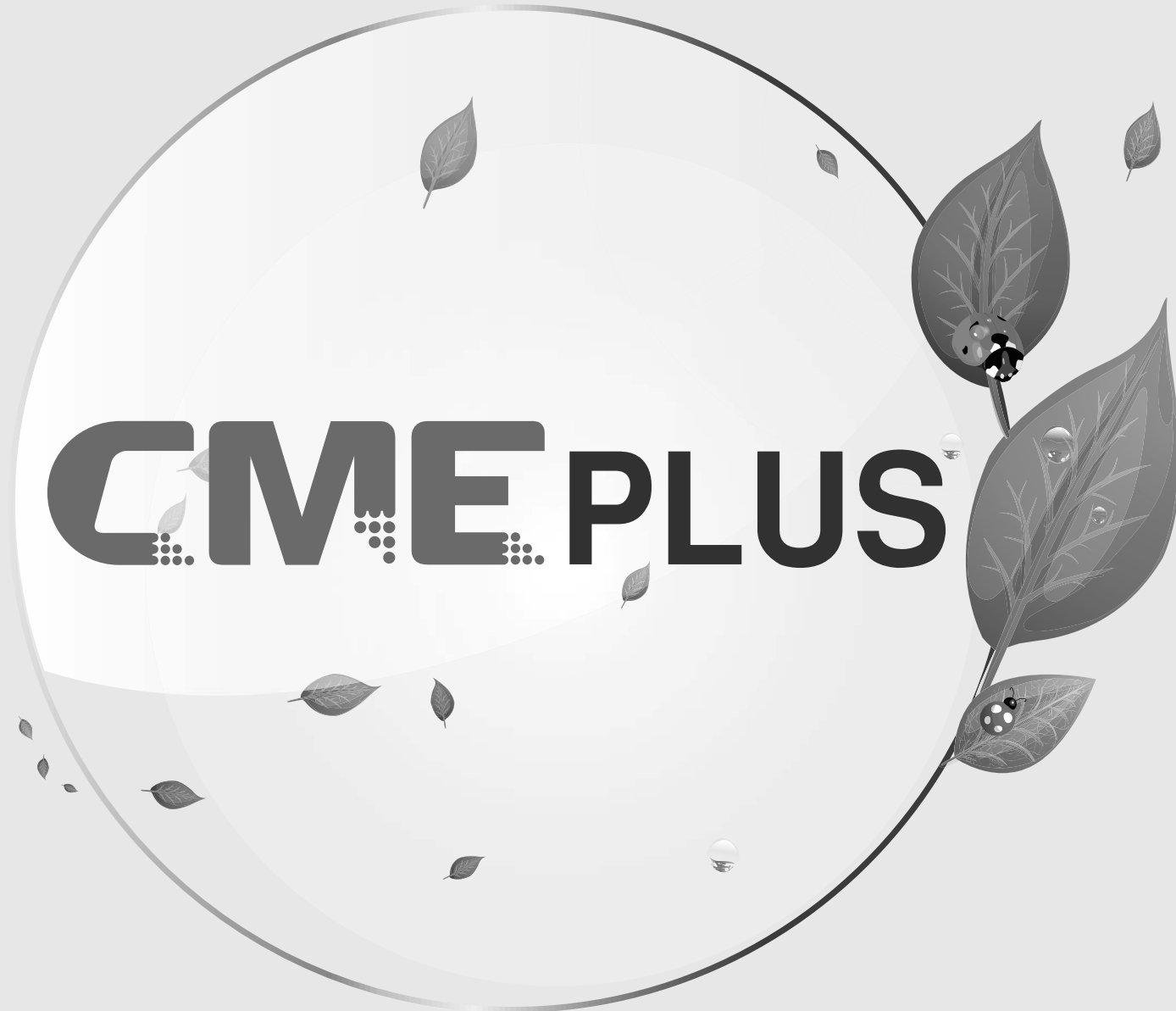
**โทร. 0-2435-2345**

**ต่อ 134, 123**

**แฟกซ์ 0-2435-2345**

**ต่อ 181**

# Continuing Medical Education



**CME PLUS**





# MA ENOPAUSE CA ACADEMIC C ONFERENCE 2015

## NEW DECADE HORIZON

### Topics @ a glance

★ Diversification of vitamin D in menopausal health & vitamin D food fact sheet ★ What kinds of "window of opportunity" do we have? CVS & CNS & Breast ★ How reproductive aging affect women lipid/cardio metabolic profile? ★ Polypharmacy in menopausal medicine ★ How to determine the adult health with fetal programming ★ สมุนไพรไทย ทศวรรตใหม่ของการรักษา และส่งเสริมสุขภาพสตรีไทย ★ Health maintenance for women: Screening for health & cancer, Immunization ★ Sarcopenia: the mystery of muscle loss & Reversing sarcopenia ★ วัยทองขอลองแอ็บ ★ Surgical Menopause: What we've overlooked? ★

6-8 พฤษภาคม 2558  
@ โรงแรมอโนมา กรุงเทพฯ

# DORIBAX™

doripenem for injection



- **Power** against *P. aeruginosa* and ESBL producing bacteria<sup>1-4, 7</sup>
- The incidence of **seizures** was lower for doripenem than imipenem or piperacillin/tazobactam<sup>5, 6</sup>
- **Stability** for extended infusion (4 hr)<sup>7, 8</sup>



#### References:

1. Int J Antimicrob Agents 2010; 36: 501-6. 2. Int J Antimicrob Agents 2011; 37: 225-9. 3. Int J Antimicrob Agents 2012; 39: 311-6. 4. Crit Care Med 2008; 36(4): 1089-96. 5. Drug Safety 2009; 32(9): 709-16. 6. J Antimicrob Chemother 2014; 1-13. 7. Doribax Prescribing Information. 8. J Clin Pharmacol 2009; 49: 798-806.

#### PRESCRIBING INFORMATION

**DORIBAX™ 500 mg powder for solution for infusion ACTIVE INGREDIENT:** Doripenem monohydrate equivalent to 500 mg doripenem. **INDICATION(S):** Adults only: Nosocomial pneumonia (including ventilator-associated pneumonia), complicated intra-abdominal infections, complicated urinary tract infections. Consideration should be given to official guidance on the appropriate use of antibacterial agents. **DOSAGE & ADMINISTRATION:** Adults: 500 mg every 8 hours as a 1 or 4 hour infusion. For nosocomial pneumonia including ventilator-associated pneumonia, a 4 hour infusion time is recommended where less susceptible pathogens are suspected. In other severe infections also consider a 4-hour infusion. Usual treatment duration of doripenem therapy is 5-14 days. **Children:** not recommended for use in children below 18 years. **Elderly (≥ 65 years of age):** no dosage adjustment, except in moderate to severe renal insufficiency, in elderly patients. **Renal impairment:** Dosage adjustment is necessary in patients with moderate and severe renal impairment. **Hepatic impairment:** no dose adjustment required. **CONTRAINDICATIONS:** Hypersensitivity to the active substance or to any other carbapenem. Severe hypersensitivity to any other type of beta-lactam antibacterial agent. **SPECIAL WARNINGS & PRECAUTIONS:** Anaphylactic reactions and seizures have occurred in patients receiving beta-lactam antibiotics. Before starting therapy with Doribax, careful inquiry should be made concerning a previous history of hypersensitivity reactions to other active substances in this class or to beta-lactams. Use with caution in patients with such a history. Discontinue immediately should hypersensitivity reaction occur. The experience in patients who are severely immunocompromised receiving immunosuppressive therapy, and patients with severe neutropenia, is limited since this population was excluded from phase 3 trials. **SIDE EFFECTS:** During clinical trials the most common adverse reactions were headache (10%), diarrhoea (9%) and nausea (8%). Common (≥1/100 to <1/10), pruritus, rash, hepatic enzyme increased, phlebitis, oral candidiasis, vulvovaginitis, infection. Uncommon (≥1/1,000 to <1/100) hypersensitivity reactions, C. difficile colitis. Post-marketing experience: neutropenia and anaphylaxis were reported. **PREGNANCY:** As potential risk for humans is unknown, Doribax should not be used during pregnancy unless clearly necessary. **LACTATION:** Unknown whether doripenem is excreted in human breast milk. **INTERACTIONS:** CYP450-related drug interactions are not expected. Monitor serum concentrations of valproic acid if concomitantly administered with Doribax. Probenecid reduces renal clearance of Doribax, co-administration with probenecid is not recommended. An interaction with other drugs eliminated by renal tubular secretion cannot be excluded.

Further information is available upon request.



#### Takeda (Thailand) Ltd.

57 Park Ventures Ecoplex Building, 15<sup>th</sup> floor,  
Wireless Road, Lumpini, Patumwan Bangkok 10330  
Tel: +66-2697-9300 Fax: +66-2697-9398-9

สำหรับผู้ประกอบการโรคติดเชื้อ

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา  
ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พ.ศ. 1090/2557